

様式第2号（第4条関係）

造血細胞移植後の任意予防接種補助に関する理由書

年 月 日

（あて先）那珂川市長

下記の者について、造血細胞移植に起因する接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

記

ふり 氏	がな 名	生年月日	年 月 日
再接種が 必要な理由	(疾病の名称) (治療内容等)		
予防 接種 の 種類	<p>※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。</p> <p>B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</p> <p>ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>二種混合 : 2期</p> <p>BCG : 1回</p> <p>MR : 1期・2期</p> <p>水痘 : 1回目・2回目</p> <p>日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</p> <p>子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</p> <p>高齢者肺炎球菌 : 1回</p>		
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号		医師氏名 印

理由書作成に係る注意事項

- (1) この理由書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります（補助対象外）。
- (2) この理由書の内容について、那珂川市の担当課より個別に照会を行う場合があります。
- (3) 補助の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。