

様式第2号（第5条関係）

黒部市定期予防接種再接種費用助成に関する意見書

年 月 日

黒部市長 宛て

医療行為により、下記のとおり接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断します。なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。

記

接種対象者	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生		
	住所	黒部市		
疾患名				
治療期間		年 月 日～ 年 月 日		
治療内容		造血幹細胞移植・化学療法・その他（ ）		
再接種が可能となった日		年 月 日		
接種済みの定期予防接種の 予防効果が期待できない理由				
再接種が必要な予防接種（接種する予防接種に○を付けてください） B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 小児肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 五種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 四種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 BCG 水痘 1回目・2回目 麻しん・風しん 1期・2期 日本脳炎 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 二種混合 2期 三種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 不活化ポリオ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目				
医療機関	名称			
	所在地			
	医師名	※署名又は記名押印		