

様式第2号（第6条関係）

立科町造血幹細胞移植後のワクチン再接種に関する主治医意見書

小児がん等の治療を目的とした造血幹細胞移植により、移植前に接種した予防接種ワクチンの免疫の消失の可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められますので意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、被接種者に対し十分に説明をしています。

被接種者	氏名			
	住所			
	生年月日			
申請者（保護者）氏名				
再接種が必要な理由 (該当移植に○)	造血幹細胞移植により、接種済みのワクチンの効果が期待できないため	ドナーとの関係成	自家移植	
			同種移植	
		移植細胞	骨髄移植	
			末梢血幹細胞	
			さい帯血移植	
疾病名				
移植日				
接種が可能となった日				
再接種が必要なワクチンの種類と接種回数	・	(回)	・	(回)
	・	(回)	・	(回)
	・	(回)	・	(回)
	・	(回)	・	(回)
記載年月日				
医療機関名				
所在地				
電話番号	医師氏名		印	

※注意事項

○本様式は造血幹細胞移植に係る治療における主治医等（本人の病状を把握し、ワクチン再接種の要否について御判断いただける医師）が記入して下さい。

○意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外となり、申請者の負担となります。