

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 移植細胞		自家移植	
				同種移植	
				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。