

笠岡市長 殿

笠岡市特別の理由による予防接種再接種費用助成に関する該当理由書（意見書）

次のとおり被接種者は、疾病の治療により、既に受けた定期予防接種の効果が期待できない状態の者が、今般、予防接種可能な状態となり、合併症対策・感染症対策のために予防接種が必要と判断しますので、理由書を提出します。なお、予防接種の必要性と副反応については十分に説明しております。

被接種者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
疾病名等健康状態		(疾 病 名) (該当理由) *下記のいずれかの治療を受けた日をご記入ください (造血幹細胞移植実施日) 年 月 日 (化学療法の最終実施日) 年 月 日 (その他の治療の最終実施日) 年 月 日
	ワクチン名	該当する任意予防接種に○をつけてください
1	ヒブ (Hib)	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 追加
2	小児用肺炎球菌	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 追加
3	B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
4	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 1 期追加
5	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 1 期追加
6	結核 (BCG)	BCG
7	麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期
8	水痘	1 回目 ・ 2 回目
9	日本脳炎	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) 1 期追加 ・ 2 期
10	二種混合 (DT)	2 期
11	ヒトパピローマウイルス	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
医療機関所在地 医療機関名 医師名	上記のとおり証明します。 ㊟	
備 考		