

第2号様式（第5条関係）（表面）

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成に係る意見書

骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者については、再度接種する必要があると判断します。
 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、本人も了承しています。

氏名	(ふりがな) ()	性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -)				
接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等	(主治医記入欄) 疾病の名称、その他必要な情報を記入してください (疾病の名称) (治療の経過) ① 移植を受けた日 年 月 日 ② GVHDの有無 ③ 免疫抑制剤の使用状況 ④ その他特記事項				
再接種を行う 予防接種の種類 ※該当する予防接種を○で囲んでください。	(主治医記入欄) ・BCG : 1回 ・ヒブ : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・ジフテリア・破傷風 : 2期 ・不活化ポリオ(単独) : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・麻しん・風しん(MR) : 1期 ・ 2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 ・ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん) : 1回目・2回目・3回目				

第2号様式（第5条関係）（裏面）

<p>接種予定 医療機関</p> <p>※再接種を実施 する予定の医療 機関をご記入く ださい。</p>	<p>(主治医記入欄)</p> <p>医療機関名</p> <p>連絡先</p> <p>紹介の有無 (有り ・ 無し)</p>
<p style="text-align: right;">記載年月日： 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医療機関所在地</p> <p>電話番号 () 医師氏名</p>	