

揖斐川町長 様

## 揖斐川町小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する主治医意見書

下記の者は、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

## 記

接種 対象者	住所	揖斐川町		
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日		年齢	歳 か月
疾病名等 特別な事情の内容	(疾患名)  (治療期間) 年 月 日 ～ 年 月 日 (接種が可能となった日) 年 月 日 (接種済みの定期接種の予防効果が期待できない理由)			
再接種を必要とする 予防接種の種類・回数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加</li> <li>・小児用肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加</li> <li>・B型肝炎 1回目・2回目・3回目</li> <li>・四種混合 初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加</li> <li>・三種混合 初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加</li> <li>・不活化ポリオ 初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加</li> <li>・麻しん風しん 第1期・第2期</li> <li>・水痘 1回目・2回目</li> <li>・日本脳炎 第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期</li> <li>・ジフテリア及び破傷風第2期</li> <li>・子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目</li> </ul>			
医療機関	名称			
	所在地			
	主治医氏名 (署名又は記名押印)			

この意見書は、揖斐川町小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業の対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。

このことを理解の上、本意見書が揖斐川町に報告されることに同意します。

年 月 日 保護者自署