

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

三股町長 様

三股町骨髓移植等後のワクチン再接種に係る実施計画書・医師意見書

下記の者は、骨髓移植等の医療行為により、医療行為前に受けた定期予防接種および任意予防接種で得ていた免疫が低下又は消失しているために再接種の実施が必要であると判断しましたので、保護者へ予防接種の必要性および副反応について説明するとともに、再接種の実施計画書・医師の意見書を作成しましたので提出します。

記

被 接 種 予 定 者	フリガナ		生年	年	月	日
	氏名		月日			満 歳
疾 病 の 治 療 状 況	住所	三股町			性別	男 女
	疾病名					
	造血幹細胞移植	なし・あり	(治療開始日:	年	月	日)
	臓器移植	なし・あり	(治療開始日:	年	月	日)
	放射線治療	なし・あり	(治療開始日:	年	月	日)
	抗悪性腫瘍薬	なし・あり	(治療開始日:	年	月	日)
	その他 (免疫抑制薬など)	なし・あり	(治療開始日: 備考:	年	月	日)
	予防接種の実施が可能となった日	年 月 日				
	接種予定医療機関	(医療機関名)				
上記のとおり、予防接種の実施について保護者とともに、計画しましたので提出します。						
年 月 日						
医療機関名						
所在地						
医師名						
(署名または記名押印)						

※ 予防接種実施予定医療機関と治療実施医療機関が異なる場合は、治療実施医療機関で本計画書を作成してください。

様式第1号（第5条関係）

再接種の実施計画

本計画は、書類作成時点のものであり、被接種者の体調に応じて変更することがあります。
 実施予定月を記入してください。実施後は、チェックボックスに印を記入してください。

Hib ※10歳に達するまで	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□	追加 (年 月)□	
小児肺炎球菌 ※6歳に達するまで	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□	追加 (年 月)□	
B型肝炎	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□		
五種混合 ※15歳に達するまで	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□	追加 (年 月)□	
四種混合 ※15歳に達するまで	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□	追加 (年 月)□	
三種混合	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□	追加 (年 月)□	
不活化ポリオ	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□		
二種混合	1期1回 (年 月)□	1期2回 (年 月)□	1期3回 (年 月)□	1期追加 (年 月)□	2期 (年 月)□
BCG ※4歳に達するまで	1回 (年 月)□				
MR	1期 (年 月)□	2期 (年 月)□			
麻しん	1期 (年 月)□	2期 (年 月)□			
風しん	1期 (年 月)□	2期 (年 月)□			
水痘	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□			
日本脳炎	1期1回 (年 月)□	1期2回 (年 月)□	1期追加 (年 月)□	2期 (年 月)□	
HPV感染症	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□		
おたふくかぜ	1回 (年 月)□	2回 (年 月)□	3回 (年 月)□		

※ワクチンの組み合わせによっては、申請対象外となるものがあります。不明なときは町担当課までお問い合わせください。