様式第２号（第３条関係）

年　　　月　　　日

関ケ原町長　様

関ケ原町小児がん患者ワクチン再接種に関する主治医意見書

下記の者は、造血幹細胞の移植等により、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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再接種対象者 | 住所 |  |
| フリガナ |  | 自治会 |  |
| 氏名 |  |
| 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 |  |
| 特記事項 |  |
| 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、関ケ原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、本意見書が関ケ原町に報告されることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　保護者自署