令和　　年　　月　　日

七尾市長　殿

# 小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成に関する対象者該当理由書（主治医意見書）

意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の該当外であり、申請者の負担となります。また、ご記入いただいた内容に対し、七尾市の担当課より、個別に内容確認を行う場合があります。このことを理解の上、本理由書が七尾市に報告されることに同意します。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | |
|---|---|---|
| 被接種者 | 住　所 | 電話番号（　　） |
| | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>氏　名 | （　男　・　女　） |
| | 生年月日 | 年　　月　　日　（満　　歳　　ヶ月） |

| 医師記入欄 | |
|---|---|
| 上記対象者は、以下に該当する。なお、予防接種の必要性と副反応については十分説明している。<br><br>□小児がん治療等により、治療前の予防接種の予防効果がなくなり、再接種が必要である。<br>□長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期予防接種の機会を逃し、予防接種法施行令第１条の３第２項の規定に基づき、規定された２年間で必要な定期予防接種を終えることができなかったので、下記の任意予防接種が必要である。 | |
| 疾病名等、特別な事情の内容<br><br>市記載<br>（疾病分類：＿＿） | 疾病名　：<br><br>予防接種不適当要因が生じた日　：　　年　　月　　日<br>予防接種不適当要因が解消された日：　　年　　月　　日<br>治療内容等：<br><br>医療機関所在地：<br>医療機関名：　　電話番号：<br>医師氏名：　　印 |

必要な予防接種　※該当するものに○をしてください

| | | | |
|---|---|---|---|
| ヒブ（Hib） | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | 二種混合<br>(DT) | ２期 |
| 小児用<br>肺炎球菌 | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | 日本脳炎 | １期初回（１回目・２回目 ）・<br>１期追加・２期 |
| Ｂ型肝炎 | １回目・２回目・３回目 | 麻しん風しん混合<br>(MR) | １期・２期・３期・４期 |
| 四種混合<br>(DPT-IPV) | １期初回（１回目・２回目・３回目）・<br>１期追加 | 麻しん | １期・２期・３期・４期 |
| 三種混合<br>(DPT) | １期初回（１回目・２回目・３回目）・<br>１期追加 | 風しん | １期・２期・３期・４期 |
| 不活化ポリオ<br>(IPV) | １期初回（１回目・２回目・３回目）・<br>１期追加 | 子宮頸がん予防<br>(HPV) | １回目・２回目・３回目 |
| ＢＣＧ | １回 | 水痘 | １回目・２回目 |
| 備　考 | | | |