

山口市がん治療後等の予防接種再接種に係る医師の意見書

がん治療等により、治療等前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種の予防効果が低下又は消失した者について、この度、予防接種の再接種が必要な状態と認め実施したため、山口市がん治療後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり意見書を提出します。

被接種者	フリガナ 氏名	生年 月日	年 月 日
	住所	山口市	
接種済みの定期予防 接種の再接種が必要 となった理由	がん治療等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため		
	(疾病の名称) (治療内容等)		
再接種が可能となった 年月日日	年 月 日		
再接種が 必要な 予防接種	① 五種混合	: 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	② 四種混合	: 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	③ 三種混合	: 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	④ 二種混合	: 2期	
※接種が 必要なも のに○を 付けてくだ さい	⑤ 不活化ポリオ	: 初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	⑥ ヒブ	: 初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	⑦ 小児用肺炎球菌	: 初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	⑧ 麻しん・風しん混合(MR)	: 1期・2期	
	⑨ 麻しん	: 1期・2期	
	⑩ 風しん	: 1期・2期	
	⑪ 日本脳炎	: 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
	⑫ 水痘	: 1回目・2回目	
	⑬ B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目	
	⑭ 子宮頸がん予防	: 1回目・2回目・3回目	
記載年月日: 年 月 日			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号	医師の署名又は記名押印 _____		

【意見書作成に係る注意事項】

- ① この意見書の発行に掛かる費用は、費用助成の対象外です。
- ② この意見書の内容について、山口市より個別に照会を行う場合がありますので、御了承願います。
- ③ 再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
ただし、過去の接種が三種混合または四種混合である場合、四種混合又は五種混合に変更して接種することは可とします。
- ④ 再接種する予防接種は、任意予防接種となります。