様式第３号（第４条関係）

結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種診療情報提供書

結城市長　　　　　　　　様

　骨髄移植等に係る予防接種再接種について、情報提供いたします。

（本人・保護者記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接　種　対　象　者 | 氏　　　名 |  |
| 現　住　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

（医療機関記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既に接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 |  | |
| 再接種が必要な定期予防接種の種類  （該当の番号に〇） | １ ジフテリア  ２ 百日咳  ３ 急性灰白隨炎  ４ 麻しん  ５ 風しん  ６ 日本脳炎  ７ 破傷風 | ８ 結核  ９ Hib感染症  10 肺炎球菌感染症  11 ヒトパピローマウイルス感染症  12 水痘  13 Ｂ型肝炎  14 ロタウイルス感染症 |
| 接種対象者は、診察の結果、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断するため、再接種が必要であると思われます。 | | |
| 年　　　月　　　日  医療機関名  　　　　　　　　　　　　　医　師　名 | | |

※　この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料(Ⅰ)として記入してくだ

　さい（接種対象者１人につき月１回に限り２５０点を算定）。