

小美玉市長 様

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種に関する  
特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第 1 条の 3 第 2 項の規定に基づき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を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期予防接種を実施できると判断しますので、理由書を提出いたします。

被接種者	住 所		電話番号		
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日生(満 歳 か月)※被接種者が未成年の場合、月齢まで記入			
疾病分類 ※該当する項目にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> ① 先天性免疫不全症その他の機能に異常を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> ② 白血病その他の免疫の機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ③ ①及び②に準じると判断される疾病				
疾病名等、特別な事情の内容	疾病名				
	定期予防接種が受けられなかった特別な理由				
	特別な事情が生じた日	年 月 日			
	特別な事情がなくなった日	年 月 日			
予防接種の種類、今後の計画、接種回数等  ※該当するワクチンにチェックし、回数を○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1 回	2 回	3 回	追加
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1 回	2 回	3 回	追加
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1 回	2 回	3 回	追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合				
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 回	2 回	追加	2 期
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1 期	2 期		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1 回	2 回	3 回	
	<input type="checkbox"/> ヒブ	1 回	2 回	3 回	追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1 回	2 回	3 回	追加
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎	1 回	2 回	3 回	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1 回	2 回		
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌				
	<input type="checkbox"/> その他( )				
医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名 電 話 番 号					

この理由書は定期予防接種の特例措置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、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署