

四万十市長

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期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3条第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接種を受けることができなかった者が、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住所	四万十市	
	(フリガナ)氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)
疾病名			
該当理由 (該当する項目にチェックをつけてください)		<input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ② 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ③ ①又は②に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病 <input type="checkbox"/> ④ 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に順ずると認められるもの	
予防接種不適當要因が生じた日		年 月 日	
予防接種不適當要因が解消された日		年 月 日	
今回実施する 予防接種の種類・接種 区分及び今後の予防 接種の計画 (該当する項目にチェック 及び○をつけてください)	<input type="checkbox"/> ヒブ (※)	1回目・2回目・3回目・4回目	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (※)	1回目・2回目・3回目・4回目	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (※)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> BCG (※)		
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症		
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹		
備考 (接種上の留意点等)	※解消日から2年間は接種可能。ただし、高齢者肺炎球菌感染症、帯状疱疹については1年間。		
医療機関 所在地 名称 医師氏名 _____ 印			

この理由書は、定期接種の特例対象者に該当するかどうか判断することを目的としています。このことを理解のうえ、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。

保護者又は被接種者自署