

氷見市長 あて

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、今般、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。

|                                                                                                                                                                                                               |                    |                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|-------|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                          |                    | 性 別                       | 男 ・ 女 |
| 被接種者                                                                                                                                                                                                          |                    | 生年月日                      | 年 月 日 |
| 保護者氏名                                                                                                                                                                                                         |                    | 電話番号                      |       |
| 住 所                                                                                                                                                                                                           | 氷見市                |                           |       |
| 疾 病 名                                                                                                                                                                                                         | (別表で確認)            |                           |       |
| 疾病分類 (あてはまる項目にチェックしてください。)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> ③ ①及び②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病 |                    |                           |       |
| やむを得ず定期予防接種が受けられなかった特別な理由                                                                                                                                                                                     |                    | (左記の特別な理由が生じた日)<br>年 月 日  |       |
|                                                                                                                                                                                                               |                    | (左記の特別な理由が解消した日)<br>年 月 日 |       |
| 今回実施する予防接種の種類、回数後の計画、接種回数等                                                                                                                                                                                    | ヒブ (Hib)           | 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加      |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 小児用肺炎球菌            | 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加      |       |
|                                                                                                                                                                                                               | B型肝炎               | 1回目・2回目・3回目               |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 5種混合 (DPT-IPV-Hib) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加  |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 4種混合 (DPT-IPV)     | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加  |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 2種混合 (DT)          | 2期                        |       |
|                                                                                                                                                                                                               | B C G              | 1回目                       |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 水痘                 | 1回目・2回目                   |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 麻しん風しん混合 (MR)      | 1期・2期                     |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 麻しん                | 1期・2期                     |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 風しん                | 1期・2期                     |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 日本脳炎               | 1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期   |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 不活化ポリオ (IPV)       | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加  |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 子宮頸がん予防 (HPV)      | 1回目・2回目・3回目               |       |
|                                                                                                                                                                                                               | 高齢者の肺炎球菌           | 1回目                       |       |
| 医療機関所在地<br>医療機関名<br>医師名                                                                                                                                                                                       |                    |                           |       |
| 備 考                                                                                                                                                                                                           |                    |                           |       |

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