

高岡市長 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つた者が、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。

被接種者	住所	高岡市 電話番号 ()	
	(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"/> ③①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に準ずると認められるもの	
予防接種不適當要因が解消された日		年 月 日 から	
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 (Hib) (※)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (※)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> BCG (※)	1回目	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) (※)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib) (※)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2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)	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	1回目	
<input type="checkbox"/> 高齢者の帯状疱疹	生1回目・組換え1回目・組換え2回目		
医療機関所在地 医療機関名 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。

保護者または本人自署