

名取市長 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。

被接種者	住所	電話 ()
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日生まれ (満 歳 か月)
疾病名等,	疾病分類	※別表参照
	疾病名	※別表参照
特別な事情 の内容	該当理由 (下記のあてはまる項目にチェックをお願いします) ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	
やむを得ず定期接種が受けられなかったと判断した理由		
定期予防接種不適当要因が生じた日		平成・令和 年 月 日
定期予防接種不適当要因が解消された日		平成・令和 年 月 日
予防接種の種類, 今後の計画, 接種 回数等 (複数回の接種が 必要な場合は, 1 番最初に優先する ものに◎, 2回目 以降に接種するも のすべてに○を記 入してください。)	B C G	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	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
	4種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	水痘	1回目・2回目
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	2種混合 (DT)	2期
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
備考：接種にあたり注意すること等 (例：不活化ワクチンは、○年○月○日から接種可能だが、生ワクチンは、○年○月○日からとする。)		
医療機関情報	医療機関所在地 医療機関電話番号 医療機関名 担当医師名 (印)	

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、本理由書が名取市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