

豊前市長 殿

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	豊前市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
疾病名	(予防接種不適當要因が生じた日： 年 月 日)		
該当理由 (該当する項目にチェックを付けてください)	<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患 <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當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		※高齢者肺炎球菌は左記から1年間接種可能、 それ以外は2年間接種可能
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○を付けてください)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ(上限：10歳未満まで)	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加1回	
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(上限：6歳未満まで)	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合(上限15歳未満まで)	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 (上限：4歳未満まで)	1回	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	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	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	1回		
備考(接種上の留意点等)			
医療機関所在地 医療機関名 医師氏名	_____ ⑩		

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、本理由書が豊前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