

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つたため、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	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)			
	住所	毛呂山町			
保護者	フリガナ				
	氏名				
	電話番号				
疾病名等特別な事情の内容と該当理由	<input type="checkbox"/> ①令第1条の3第2項に規定する厚生労働省令で定める疾病に罹患した 傷病分類： _____ 疾病名： _____				
	<input type="checkbox"/> ②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ③その他医学的知見に基づき①または②に準ずると認められるもの (該当理由： _____)				
			予防接種不適当要因が生じた日 平成・令和 年 月 日	予防接種が可能になった日 令和 年 月 日	
今後必要と思われる予防接種の種類	B C G	1回			枚
	B型肝炎	初回1・2回目、追加1回			枚
	ヒブ	初回1・2・3回目、追加1回			枚
	小児用肺炎球菌	初回1・2・3回目、追加1回			枚
	DPT-I PV四種混合	第1期初回1・2・3回目、第1期追加1回			枚
	I PV不活化ポリオ	第1期初回1・2・3回目、第1期追加1回			枚
	DT二種混合	第2期1回			枚
	水痘	1・2回			枚
	日本脳炎	第1期初回1・2回目 第1期追加1回、第2期1回			枚
	MR麻しん風しん混合	第1期、第2期			枚
	子宮頸がん	小学6年、中学1・2・3年、高校1年			枚
特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医のもとでの接種が望ましい <input type="checkbox"/> 近医での接種が可能である その他 (_____)				
医療機関	医療機関名及び医師名	医師名			印
	所在地	埼玉県 (_____) 市・町			
	電話番号	(_____)			

毛呂山町長 あて

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。

令和 年 月 日

保護者自署