

石巻市長 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、特別な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	石巻市 電話 ()	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
疾病名等、 特別な事情の内容と該当理由 ※□にチェックをつけてください	<input type="checkbox"/> ①定期接種実施要領に掲げる厚生労働省令で定める疾病に罹患した 疾病分類： _____ (別表参照) 疾病名： _____ (別表参照) 《該当理由》 <input type="checkbox"/> a重症複合免疫不全症その他免疫の機能に支障を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> b白血病その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする疾病 <input type="checkbox"/> c a又はbに準ずると認められる疾病 <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 <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき、①又は②に準ずると認められるもの		
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等			
予防接種不適當要因が生じた日	年 月 日		
予防接種不適當要因が解消された日	年 月 日		
今後実施する予防接種の種類 接種回数等 ※予防接種は□にチェックを入れ、回数は○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> ヒブ	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		
	<input type="checkbox"/> 四種混合または三種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん	麻しん(1期・2期・3期・4期)風しん(1期・2期・3期・4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		
医療機関所在地 医療機関名・担当医師名	⑩ (自署の場合、押印不要)		

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、本理由書が石巻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 _____