

(宛先) 長

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接種対象者該当理由書

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。

※太枠内、医療機関(主治医)記入

| 被接種者 | 住所 | 電話番号 () | | 備考欄 |
|--------------------|--------------------|---|--|--------------------------|
| | (フリガナ) | | | |
| | 氏名 | (男・女) | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳 カ月) | | |
| 疾病名等、特別な事情の内容 | | (疾病分類) (疾病名) (該当理由) (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 | | <input type="checkbox"/> |
| 特例接種として実施する予防接種の種類 | 不活性ポリオ(IPV) | 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 | | <input type="checkbox"/> |
| | BCG | | | <input type="checkbox"/> |
| | 五種混合 (DPT-IPV-Hib) | 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 | | <input type="checkbox"/> |
| | 三種混合(DPT) | 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 | | <input type="checkbox"/> |
| | 二種混合(DT) | 2 期 | | <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"/> |
| | 麻しん風しん混合(MR) | 1 期・2 期・5 期 | | <input type="checkbox"/> |
| | 麻しん | 1 期・2 期 | | <input type="checkbox"/> |
| | 風しん | 1 期・2 期・5 期 | | <input type="checkbox"/> |
| | 子宮頸がん予防(HPV) | 1 回目・2 回目・3 回目 | | <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"/> |
| | 水痘 | 1 回目・2 回目 | | <input type="checkbox"/> |
| | B型肝炎 | 1 回目・2 回目・3 回目 | | <input type="checkbox"/> |
| 医療機関所在地 | | | | |
| 医療機関名 | | | | |
| 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、本理由書が福岡県筑紫保健福祉環境事務所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 (風しん第5期は本人自署又は代筆者署名) _____

被接種者との関係 (続柄) _____