

## 長期療養の定期予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病に罹った事により、定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が快復し主治医の許可が得られたため、予防接種法施行規則に基づき、下記のとおり、主治医の意見書を添えて定期予防接種を申請します。

接種希望者	ふりがな		
	氏名	男・女	
	住所	つくばみらい市	
	生年月日	年	月
保護者氏名			
電話番号			
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	疾病名		
	※ 該当項目に○を入れてください。 1 ( ) 先天性免疫不全その他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た疾病		
	医療機関名	主治医：	
	接種期間できなかった期間	年	月
接種予定医療機関			
該当予防接種  BCG：4歳未満 ヒブ：10歳未満 小児肺炎球菌：6歳未満 4種混合：15歳未満  成人肺炎球菌：接種可能となった日から1年以内	※ 接種希望項目に○をいれてください。 ( ) ヒブ(1回目・2回目・3回目・4回目) ( ) 小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・4回目) ( ) BCG ( ) 四種混合 第1期初回(1回目・2回目・3回目) 第1期追加 ( ) ジフテリア・破傷風混合第2期 ( ) 不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・4回目) ( ) 麻しん及び風しん (第1期 第2期 第3期 第4期) ( ) 麻しん (第1期 第2期 第3期 第4期) ( ) 風しん (第1期 第2期 第3期 第4期) ( ) 日本脳炎 第1期初回(1回目・2回目) 第1期追加 ( ) 日本脳炎 第2期 ( ) 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目) ( ) 水痘 (1回目・2回目) ( ) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ( ) 成人肺炎球菌		
接種予定医療機関	医療機関名		
	医療機関住所		
上記により予防接種依頼書の交付について申請します。 年 月 日 つくばみらい市長 様			
			申請者氏名