

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の 定期予防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一条の三第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な事情により定期予防接種を受けることができなかつた者が、今般、特別な事情がなくなつたため、定期予防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。

年 月 日

接種希望者	ふりがな	
	氏名	
	住所	つくばみらい市
	生年月日	
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	疾病名分類	別表2参照
	疾病名	別表2参照
	※ 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	
やむを得ず定期予防接種がうけられなかつたと判断した理由		
定期予防接種不適當要因が生じた日		年 月 日
定期予防接種不適當要因が解消された日		年 月 日
該当予防接種の種類 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：接種可能となつた日から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	
備考	(例：不活化ワクチンは、○年○月○日から接種可能だが、生ワクチンは、○年○月○日からとする。)	
医療機関情報	医療機関名所在地 医療機関電話番号 医療機関名 担当医師名 ㊟	

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事を目的としています。このことを理解の上、本理由書がつくばみらい市及び厚生労働省に報告される事に同意します。

保護者自署