

# 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三条第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った者が、今般、特別な事情がなくなったため、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

<b>接種希望者</b>	ふりがな 氏 名			
	住 所	つくばみらい市		
	生年月日	年	月	日 ( 歳)
<b>長期にわたり 療養を必要とする 疾病等の状況</b>	特別の事情 ※該当する番号に○を入れてください。	1. 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他の免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 2. 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 3. 1. 又は 2. の疾病に準ずると認められるもの 4. 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 5. 医学的知見に基づき 1. ～ 4. に準ずると認められるもの 6. 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと (4. 6. はやむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る)		
	疾病名	※別表参照		
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
<b>該当予防接種</b> ※希望する予防接種の番号、回数に○を入れてください。  〈年齢上限〉 BCG：4歳未満 小児肺炎球菌：6歳未満 五種混合：15歳未満 四種混合：15歳未満 インフルエンザ菌b型(Hib)：10歳未満  成人肺炎球菌・带状疱疹： 接種可能となった日から1年以内	1. 小児肺炎球菌	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	2. B型肝炎	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】		
	3. 五種混合 <small>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib))</small>	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	4. BCG			
	5. 麻しん(はしか)・風しん	【 第1期 ・ 第2期 】		
	6. 水痘	【 1回目 ・ 2回目 】		
	7. 日本脳炎	第1期【 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 】 ・ 第2期		
	8. ヒトパピローマウイルス(HPV)	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】		
	9. 二種混合 <small>(ジフテリア・破傷風)</small>			
	10. 四種混合 <small>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)</small>	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	11. インフルエンザ菌b型(Hib)	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	12. 成人肺炎球菌			
	13. 带状疱疹	生ワクチン・組換えワクチン【 1回目・2回目 】		
<b>備考</b>	(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。)			
<b>医療機関</b>	医療機関所在地			
	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(申請者)自署**