

年 月 日

京田辺市長 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つた者が、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。

被接種者	住 所	京田辺市			電話番号 ( )	
	(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  <input type="checkbox"/> にチェックを付 け て下さい	<input type="checkbox"/> ①令第3条第2項に規定す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) <b>《該当理由》</b> <input type="checkbox"/> ④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"/> ⑤白血病その他免疫の機能を抑制する治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ⑥④又は⑤に準ずる疾病で、予防接種を受けることが不適当であると判 断された者 (理由 : _____ ) <input type="checkbox"/> ⑦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"/> ⑧医学的知見に基づき④又は⑦に準ずると認められるもの					
	予防接種不適当要因が生じた日	年 月 日				
	予防接種不適当要因が解消された日	年 月 日				
	予防接種の種類、今 後の計画、接種回数 等	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) • 1期追加			
		B C G				
四種混合 (DPT-IPV)		1期初回 (1回目・2回目・3回目) • 1期追加				
三種混合 (DPT)		1期初回 (1回目・2回目・3回目) • 1期追加				
二種混合 (DT)		2期				
日本脳炎		1期初回 (1回目・2回目) • 1期追加 • 2期				
麻しん風しん混合 (MR)		1期・2期・3期・4期				
麻しん		1期・2期・3期・4期				
風しん		1期・2期・3期・4期				
子宮頸がん予防 (HPV)		1回目・2回目・3回目				
ヒブ (Hib)		初回 (1回目・2回目・3回目) • 追加				
小児用肺炎球菌		初回 (1回目・2回目・3回目) • 追加				
水痘		初回・追加				
B型肝炎ワクチン	1回目 • 2回目 • 3回目					
高齢者肺炎球菌						
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、本理由書が接種医・京田辺市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

本人もしくは保護者自署