

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。

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 <u>疾病分類</u> (別表参照) <u>疾病名</u> (別表参照) 《該当理由》 <input type="checkbox"/> ㉔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"/> ㉕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"/> ㉖㉔又は㉕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"/> ②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"/> ③医学的知見に基づき①又は②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