

和光市長 様

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

予防接種法施行令第1条の3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、特別な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	和光市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
特別な事情の内容 及び該当理由	<input type="checkbox"/> 定期接種実施要領（別表）に掲げる疾病に罹患した 疾病分類： _____ 疾病名： _____ <input type="checkbox"/> 医学的知見に基づき、上記に準ずると認められた 理由： _____	
※該当項目にチェック 及び必要事項を記入 してください。		
予防接種不適當要因 が生じた日	年	月 日
予防接種不適當要因 が解消された日	年	月 日
今回実施する 予防接種の種類 及び回数	<input type="checkbox"/> ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> ポリオ単独（IPV） 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> 4種混合（DPT-IPV） 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> 5種混合（DPT-IPV-Hib） 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘 1回目 ・ 2回目 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 第1期 ・ 第2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期（1回目・2回目・追加）・第2期 <input type="checkbox"/> 2種混合（DT） 第2期 <input type="checkbox"/> HPV 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
※該当項目に チェック及び○を つけてください。		
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。

このことを理解のうえ、本理由書が和光市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署

市確認用

<p>特別な事情の 該当理由</p> <p>※□にチェック</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> 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させる治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> 上記2項目に準ずる疾病 <input type="checkbox"/> 臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けている <input type="checkbox"/> 医学的知見に基づき、上記4項目に準ずると判断
---------------------------------------	---