

令和 年 月 日

大垣市長 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3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、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	大垣市			電話番号()
	(フリガナ) 氏名	(男・女)			
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日生(満歳か月)
疾病名等 特別な事情 の内容	(下記のあてはまる項目にチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> ① 厚生労働省令で定める疾病に罹患した 傷病分類 _____ 疾 病 名 _____ <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または②に準ずると認められるもの(下に該当理由を記入) (該当理由)				
定期予防接種不適當要因が生じた日	平成・令和 年 月 日				
定期予防接種不適當要因が解消された日	平成・令和 年 月 日				
予防接種の種類 接種回数等	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	五種混合(DPT-IPV-Hib)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	BCG				
	水痘	1回目・2回目			
	麻しん風しん混合(MR)	1期・2期			
	麻しん	1期・2期			
	風しん	1期・2期			
	日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期			
	ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	四種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	不活化ポリオ(IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	二種混合(DT)	2期			
	ヒトパピローマウイルス(HPV)	1回目・2回目・3回目			
	高齢者肺炎球菌				
带状疱疹	1回目・2回目				
特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医のもとでの接種が望ましい <input type="checkbox"/> 近医での接種が可能である <input type="checkbox"/> その他()				
医療機関情報	医療機関所在地 医療機関電話番号 医療機関名 担当医師名				

印