

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った者が、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	
	(フリガナ) 氏 名	電話番号()	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	(男 ・ 女)
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) ☐ ① 令第1条の2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 傷病分類 _____ 疾 病 名 _____ ☐ 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 ☐ 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) _____		
定期予防接種不適当要因が生じた日		年 月 日	
定期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 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		
特記事項	☐ 主治医のもとでの接種が望ましい ☐ 近医での接種が可能である ☐ 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)		

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、本理由書が大垣市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

自署 _____

※被接種者が20歳未満の場合は保護者が自署してください