

郡山市保健所長 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	郡山市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
疾病名等 特別な事情の内容	(疾病分類) (疾病名) (該当理由) (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 ・ 接種回数 ・ 今後の計画等 (該当する項目に○をつけてください。)	B C G		
	ヒブ	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	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	五種混合 (DPT-IPV-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	
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期・5期	
	麻しん	1期・2期・3期・4期	
	風しん	1期・2期・3期・4期・5期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期	
	二種混合 (DT)		
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	高齢者肺炎球菌		
高齢者等帯状疱疹	生ワクチン		
	組換えワクチン	1回目・2回目	
備 考 (接種上の留意点等)			
医療機関	所在地		
	名 称		
	医師氏名		

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、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者 (本人) 自署 _____