

鴨川市長 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（小児用）**

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。

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

医師氏名 _____

印 _____

(医師自書又は記名押印)

被接種者	住所	鴨川市 電話番号 ()
	(フリガナ) 氏名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
疾病名等特別な事情の内容 ※□にチェックをつける。		<input type="checkbox"/> ①予防接種法施行規則で定める疾病に罹患したため 分類 _____ 名称 _____ <該当理由> <input type="checkbox"/> ア：免疫不全症その他の免疫の機能に支障を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> イ：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"/> ウ：アまたはイに準ずる疾病 <input type="checkbox"/> ②臓器移植術を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたため <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき①又は②に準ずるを認められるもの
予防接種不適当要因が生じた日		平成 ・ 令和 年 月 日
予防接種不適当要因が解消された日		令和 年 月 日
予防接種の種類 ※実施予定のものに○をつける ※※接種予定のワクチンが右記にない場合は空欄の行に記入する	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
	ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	BCG	1回
	麻しん風しん混合（MR）	1期・2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	2期
	子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目
【備考】		