

年 月 日

長期療養を必要とする疾病にかかった者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	真鶴町		電話番号
	氏名・性別	(男 ・ 女)		
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
疾 病 名				
該当理由		☐ ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 ☐ ② 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 ☐ ③ ①または②に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病 ☐ ④ 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと ☐ ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に準ずると認められるもの		
予防接種不適当要因が解消された日		年 月 日 ※上記から2年間は接種可能（ただし成人用肺炎球菌は1年間）		
接種可能と判断された 予防接種の種類にチェ ック及び接種回数に○ 印	☐ 不活化ポリオ (IPV)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	☐ B C G (4 歳に達するまで)			
	☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib) (15 歳に達するまで)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	☐ 三種混合 (DPT)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	☐ 二種混合 (DT)		2 期	
	☐ 日本脳炎		1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期	
	☐ 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	
	☐ 子宮頸がん予防 (HPV)		1 回目・2 回目・3 回目	
	☐ ヒブ (Hib) (五種混合ワクチンを使用する場合、15 歳に達するまで)		初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	☐ ヒブ (Hib) (10 歳に達するまで)		初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	☐ 小児用肺炎球菌 (6 歳に達するまで)		初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	☐ 水痘		1 回目・2 回目	
	☐ B 型肝炎		1 回目・2 回目・3 回目	
	☐ 高齢者肺炎球菌			
	☐ 高齢者带状疱疹			
医療機関 所在地		名 称		
医師名		(必ず医師の直筆の署名及び押印をしてください)		
備 考				

この理由書は、長期療養者のための定期予防接種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。

保護者自署