令和　　年　　月　　日

（宛先）韮崎市長

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、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 | 韮崎市 |
| (フリガナ)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳　　　か月） |
| 長期にわたり療養を必要とする疾病の状況 | 疾病名分類 |  |
| 疾病名 |  |
| ※該当項目に○を入れてください。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、その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病３（　　　）１、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 |
| やむを得ず定期予防接種が受けられなかったと判断した理由 |
| 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した日 | 　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日※上記から２年間は接種可能（成人用肺炎球菌については上記から１年間） |
| 接種可能となった予防接種の種類（該当する項目にチェック及び○をつけてください。）※接種の上限年齢がある予防接種BCG:4歳未満ヒブ：10歳未満小児用肺炎球菌：6歳未満四種混合：15歳未満 | * ＢＣＧ
 |  |
| * 四種混合（DPT-IPV）
 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| * 五種混合（DPT-IPV-Hib）
 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| * 二種混合（DT）
 | ２期 |
| * 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 |
| * 日本脳炎
 | １期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 |
| * 子宮頸がん予防
 | １回目・２回目・３回目 |
| * 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 |
| * 水痘
 | １回目・２回目 |
| * B型肝炎ワクチン
 | １回目・２回目・追加 |
| * 成人用肺炎球菌
 | １回目 |
| 医療機関　　所在地　　　　　　名　称　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（※必ず医師の直筆の署名及び押印をしてください） |
| 備考 | （例：不活化ワクチンは○年○月○日から接種可能だが、生ワクチンは○年○月○日からとする。） |

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