

(あて先) 八戸市長

## 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三条第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	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	疾病分類	※裏面の「別表」にある分類名を記入してください	
	疾 病 名	※裏面の「別表」にある疾病名称を参考に記入してください	
	該当理由	※1～3のいずれかを○で囲み、1の場合は①～③にチェック、2又は3の場合は説明を記入してください	
	1	長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことにより、やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかった場合 (※下記の①～③の当てはまるものにチェックしてください) <input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ② 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群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 <input type="checkbox"/> ③ ①又は②の疾病に準ずると認められるもの	
	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ことにより、やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかった場合 ( )	
	3	医学的知見に基づき1又は2に準ずると認められる場合 ( )	
予防接種不相当要因が生じた日		予防接種不相当要因が解消された日	
年 月 日		年 月 日	
所在地 医療機関名 医師署名 (又は記名押印)			
今回実施する予防接種の種類、接種回数			
今後の計画 (予防接種の種類、接種回数) ※接種予定のものを○で囲んでください			
不活化ポリオ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
BCG		ヒブワクチン	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
三種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	水痘	1回目・2回目
二種混合			
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	1期・2期	高齢者用肺炎球菌	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	高齢者用带状疱疹	
備 考			

←別の医療機関で接種する場合は、記入不要です

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、本理由書の内容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。

被接種者 (保護者) 自署