

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種
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2第3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つた者が、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。

ふりがな	生年月日	保護者氏名 <small>※被接種者が成人の場合は、不要</small>
被接種者 (男・女)	年 月 日	
住所	守山市	
疾病分類・疾病名	(別表で確認)	
疾病（あてはまる項目にチェックしてください。） <input type="checkbox"/> ①先天性免疫不全症その他の機能に異常を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> ②白血病その他の免疫の機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ③①及び②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病		
やむを得ず定期予防接種が受けられなかつた特別な理由	左記の特別な理由が生じた日 令和 年 月 日	
定期予防接種の接種が可能となつた日	令和 年 月 日から	
接種可能なワクチンの種類（※接種可能なワクチンにチェックを、接種回数に○をしてください）		
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
<input type="checkbox"/> BCG※4歳未満まで		
<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)※10歳未満まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌※6歳未満まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib)※15歳未満まで	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV)※15歳未満まで	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
<input type="checkbox"/> 三種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期	
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期	
<input type="checkbox"/> 麻しん単独 <input type="checkbox"/> 風しん単独	1期・2期	
<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 ※起算日から1年以内		
接種にあたっての注意事項		

医療機関名

所在地

担当医師名

⑧