

鹿児島市長 殿

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	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) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日		
今回実施する予防接種の種類			
今後の計画 予防接種の種類、 接種回数等	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ロタウイルス	1価	1回目・2回目
		5価	1回目・2回目・3回目
	ヒブ (Hib)	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	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	二種混合 (DT)	2期	
	B C G		
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4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	
	ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防)	1回目・2回目・3回目	
	成人用肺炎球菌		
その他 ()			
医療機関所在地			
医療機関名			
医師名			
備 考			

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 _____

例

令和 年 月 日

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

御担当医記入

保護者該当理由書

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った者が、今般、特別の事情によりなくなったため、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	鹿児島市鴨池〇丁目〇番〇号 電話番号 (099-×××-××××)	
	(フリガナ) 氏名	加`マ` 知`	(男) ・ 女)
	生年月日	平成30年 4月 1日	(満 3 歳 〇〇ヶ月)
疾病名等、特別な事情の内容	(疾病分類) 悪性新生物 (疾病名) 白血病 (該当理由) 上記の疾病に対し、〇〇〇の治療を行うにあたり、法定接種期間内に接種できなかったため。 (予防接種不適當要因が生じた日) 令和元年 6月 1日 (予防接種不適當要因が解消された日) 令和2年 4月 1日		
今回実施する予防接種の種類、回数	麻しん風しん混合 1期		
今後の計画 予防接種の種類、 接種回数等	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ (Hib)	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	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	二種混合 (DT)	2期	
	B C G		
	麻しん風しん混合 (MR)	(1期) 2期・3期・4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	
	ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防)	1回目・2回目・3回目	
	成人用肺炎球菌		
その他 ()			
医療機関所在地	鹿児島市山下町〇番〇号		
医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院		
医師名	〇〇 〇〇		
備考			

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。

保護者様記入

保護者自署 鹿児島 一郎