

安中市長 様

### 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3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)<br>氏 名                                                                       | ( 男 ・ 女 )                            |          |
|                                                                                                                        | 生年月日                                                                                | 年 月 日                                | (満 歳 ヶ月) |
| 医 療 機 関 記 入 欄                                                                                                          |                                                                                     |                                      |          |
| 疾病名等、特別な事情の内容                                                                                                          | (疾病分類)<br>(疾病名)<br>(該当理由)<br><br>(予防接種不適当要因が生じた日) 年 月 日<br>(予防接種不適当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、回数                                                                                                       |                                                                                     |                                      |          |
| 予防接種の種類、今後の計画、接種回数等<br><br>※接種上限年齢のある<br>予防接種<br>・BCG 4歳未満<br>・五種混合 15歳未満<br>・四種混合 15歳未満<br>・ヒブ 10歳未満<br>・小児用肺炎球菌 6歳未満 | 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                                                                               |                                      |          |
|                                                                                                                        | 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 |          |
|                                                                                                                        | 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 ・ 3 期 ・ 4 期                |          |
|                                                                                                                        | 水痘                                                                                  | 1 回目 ・ 2 回目                          |          |
|                                                                                                                        | 麻しん                                                                                 | 1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期                |          |
|                                                                                                                        | 風しん                                                                                 | 1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期                |          |
|                                                                                                                        | 子宮頸がん予防 (HPV)                                                                       | 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       |          |
|                                                                                                                        | B型肝炎                                                                                | 初回 ( 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 )            |          |
|                                                                                                                        | 高齢者用肺炎球菌                                                                            | 1回                                   |          |
|                                                                                                                        | 帯状疱疹                                                                                | 生 ( 1 回目 )<br>不活化 ( 1 回目 ・ 2 回目 )    |          |
| 医療機関所在地<br>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。

本人又は保護者自署