

豊見城市長 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つた者が、今般、特別の事情がなくなつたため、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 か月）
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	
予防接種の種類、 接種回数等 （該当する項目にチェック 及び○を付けてください。）		<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"/> BCG	
		<input type="checkbox"/> 四種混合（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"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	1期・2期
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん（HPV）	1回目・2回目・3回目
		<input type="checkbox"/> ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
		<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
		<input type="checkbox"/> 五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加
備 考			
医療機関 所在地			
名 称			
医師名		印	

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（保護者）自署