

(別紙4)

年 月 日

加須市長 様

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名

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	加須市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏名・性別	(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	疾患名【 該当する項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> (1) 重症複合免疫不完全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> (2) 白血病等免疫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)に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病 <input type="checkbox"/> (4) 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> (5) 医学的知見に基づき、(1)～(4)に準ずると認められるもの		
予防接種不適當要因が生じた日	年 月 日から		
予防接種不適當要因が 解消された日	年 月 日 ※左記から2年間は接種可能		
接種可能を希望する予防接種の種類、接種回数 (該当する項目にチェック及び○印をつけてください。) ※接種上限年齢 ・BCG……4歳未満 ・小児用肺炎球菌……6歳未満 ・ヒブ……10歳未満 ・五種混合……15歳未満	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<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"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib)(※)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG(※)		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	第1期・第2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 三種混合(DPT)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(IPV)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)(※)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	第1期・第2期	
<input type="checkbox"/> 風しん	第1期・第2期		
備考(接種上の留意点等)			