

(宛先)箕面市教育委員会教育長

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	箕面市		
	(フリガナ) 氏 名	電話番号 ()		
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
疾病名等、特別な事情の内容と該当理由 <input type="checkbox"/> にチェックをつけてください。	<input type="checkbox"/> 1 令第3条第2項に規定する厚生労働省令で定める疾病に罹患した 疾病分類 _____ 疾病名 _____ < 該当理由 > <input type="checkbox"/> ア 免疫不全症その他免疫の機能に支障を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> イ 白血病その他免疫の機能を抑制する治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ウ アまたはイに準ずる疾病で、予防接種を受けることが不適当であると判断された者 (理由 : _____) <input type="checkbox"/> 2 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた <input type="checkbox"/> 3 医学的知見に基づき 1 または 2 に準ずると認められるもの			
予防接種不適当要因が生じた日	年 月 日			
予防接種が可能になった日	年 月 日			
接種が可能となり、今回申請する予防接種	ワクチン種類	該当するものに、○印を記入してください。		※箕面市記入欄
	不活化ポリオ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加		可・一部可・否
	B C G (4歳の誕生日の前日まで)	1 回		可・一部可・否
	五種混合 (15歳の誕生日の前日まで)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加		可・一部可・否
	三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加		可・一部可・否
	二種混合	2 期		可・一部可・否
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・1 期追加・2 期		可・一部可・否
	麻しん・風しん混合 (MR)	1 期・2 期		可・一部可・否
	麻しん	1 期・2 期		可・一部可・否
	風しん	1 期・2 期		可・一部可・否
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目		可・一部可・否
	ヒブ (Hib) (10歳の誕生日の前日まで)	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加		可・一部可・否
	小児用肺炎球菌 (6歳の誕生日の前日まで)	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加		可・一部可・否
	水痘	1 回目・2 回目		可・一部可・否
B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		可・一部可・否	
その他 (ワクチン名 : _____)	() () () ()		可・一部可・否	
医療機関所在地				
医療機関名	医師氏名 _____			印
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 _____