

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

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

提出者 住 所 厚木市
(保護者) 氏 名
連絡先 () -

次のとおり、予防接種法施行令第1条の2第2項の規定に基づき、被接種者が定期接種を受けることができると医師に判断されましたので、理由書を提出します。
また、本理由書が厚生労働省に報告されることに同意します。

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| 被接種者 | 住 所 | 厚木市 |
| | (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 | 疾病にかかったことにより定期接種を受けることができなかったため。 (疾病名) その他理由 (予防接種不相当要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不相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 | | |
| | BCG | |
| | 四種混合 (DPT-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 |
| | 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 |
| | 麻しん | 1 期 ・ 2 期 |
| | 風しん | 1 期 ・ 2 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 |
| | 水痘 | 1 回目 ・ 2 回目 |
| | B 型肝炎 | 初回 (1 回目・2 回目) ・ 追加 |
| 備 考 | | |
| 〔医師記入欄〕 上記のとおり、予防接種法施行令第1条の2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な事情により定期接種を受けることができなかった被接種者が、今般、特別な事情がなくなったため、定期接種を受けることができると判断します。 医療機関所在地 医療機関名 医師署名 _____ | | |