

(宛先) 浦安市長

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 ( )                        |
|                                                                                                                     | (フリガナ)<br>氏 名                                                                                                                                                                                                     | ( 男 ・ 女 )                     |
|                                                                                                                     | 生年月日                                                                                                                                                                                                              | 年 月 日生まれ (満 歳 か月)             |
| 疾病名等,                                                                                                               | 疾病分類                                                                                                                                                                                                              | 別表参照                          |
|                                                                                                                     | 疾病名                                                                                                                                                                                                               | 別表参照                          |
| 特別な事情<br>の内容                                                                                                        | 該当理由 (下記のあてはまる項目にチェックをお願いします)<br><input type="checkbox"/> ① 先天性免疫不全症その他免疫の機能に異常を生じさせる疾病<br><input type="checkbox"/> ② 白血病その他の免疫機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病<br><input type="checkbox"/> ③ ①及び②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病 |                               |
| やむを得ず定期接種が受けられなかったと判断した理由                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                   |                               |
| 定期予防接種不適当要因が生じた日                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                   | 平成・令和 年 月 日                   |
| 定期予防接種不適当要因が解消された日                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                   | 令和 年 月 日                      |
| 予防接種の種類,<br>今後の計画, 接種<br>回数等<br>(複数回の接種が<br>必要な場合は, 1<br>番最初に優先する<br>ものに◎, 2回目<br>以降に接種するも<br>のすべてに○を記<br>入してください。) | 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                                                                                                                                                                                                             |                               |
|                                                                                                                     | B型肝炎                                                                                                                                                                                                              | 1 回目・2 回目・3 回目                |
|                                                                                                                     | 五種混合                                                                                                                                                                                                              | 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 ・ 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                     |
|                                                                                                                     | 高齢者用肺炎球菌                                                                                                                                                                                                          |                               |
|                                                                                                                     | 高齢者用带状疱疹                                                                                                                                                                                                          | (不活化ワクチンの場合) 1 回目・2 回目        |
| 備考: 接種にあたり注意すること等<br>(例: 不活化ワクチンは, ○年○月○日から接種可能だが, 生ワクチンは, ○年○月○日からとする。)                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                               |
| 医療機関情報                                                                                                              | 医療機関所在地<br>医療機関電話番号<br>医療機関名<br>担当医師名 (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、本理由書が浦安市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

自署