様式第２号（第２条関係）

年　　月　　日

大竹市長　様

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種に関する特例対象者該当理由書

予防接種法施行令第１条の３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。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　所</td><td colspan="3">大竹市</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3">（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日　（満　　歳　　ヶ月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">該当理由
（該当する項目にチェックをつけてください。）</td><td colspan="3">□ ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病
□ ② 白血病等、その他免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病
□ 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
□ 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
□ ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に準ずると認められるもの</td></tr>
<tr><td colspan="2">予防接種不適当要因が生じた日</td><td>年　　月　　日</td><td>予防接種不適当要因が解消された日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="15">今回実施する予防接種の種類、回数等
（該当する予防接種にチェックを、期別・回数等に○をつけてください。）</td><td>□　四種混合（DPT-IPV）</td><td colspan="2">１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加</td></tr>
<tr><td>□　三種混合（DPT）</td><td colspan="2">１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加</td></tr>
<tr><td>□　二種混合（DT）</td><td colspan="2">２期</td></tr>
<tr><td>□　不活化ポリオ（IPV）</td><td colspan="2">１回目・２回目・３回目・追加</td></tr>
<tr><td>□　麻しん風しん混合（MR）</td><td colspan="2">１期・２期</td></tr>
<tr><td>□　麻しん</td><td colspan="2">１期・２期</td></tr>
<tr><td>□　風しん</td><td colspan="2">１期・２期</td></tr>
<tr><td>□　日本脳炎</td><td colspan="2">１期初回（ １回目・２回目 ）・１期追加・２期</td></tr>
<tr><td>□　ＢＣＧ</td><td colspan="2">１回</td></tr>
<tr><td>□　ヒブ（Hib）</td><td colspan="2">１回目・２回目・３回目・追加</td></tr>
<tr><td>□　小児用肺炎球菌</td><td colspan="2">１回目・２回目・３回目・追加</td></tr>
<tr><td>□　子宮頸がん予防（HPV）</td><td colspan="2">１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>□　水痘</td><td colspan="2">１回目・２回目</td></tr>
<tr><td>□　Ｂ型肝炎</td><td colspan="2">１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>□　高齢者肺炎球菌</td><td colspan="2">１回</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考
（接種上の留意点等）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">医療機関　所在地
名称
医師署名</td></tr>
</table>

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、本理由書が厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿