

矢掛町長殿

長期療養者等のため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	電話番号（ ）	
	(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	(疾病分類) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日		
今後の予防接種の計画 ※希望する予防接種にチェックをし、回数に○をしてください。	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT - IPV - Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT - IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2 期	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・2 期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (HPV)	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"/> 水痘	1 回目・2 回目	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌		
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン	1 回目
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン	1 回目・2 回目	
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備考 (接種上の注意点等)			

※やむを得ず災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生し、接種を逃した方については、医師の署名は必要ありません。

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、岡山県及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者・本人自署

(代表者氏名 続柄)

自署が出来ない者は代表者が署名し、代表者氏名及び被接種者との続柄を記載