

川俣町長 様

長期療養を必要とする疾病に罹った者等の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種施行令第3条第2項の規定に基づき長期にわたり療養を要する疾病等の特別な事情により定期予防接種を受けることができなかつた者が、今般、特別な事情がなくなつたため、定期予防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。

被接種者氏名 ふ り が な	(男 ・ 女)		
生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
住所	川俣町		
保護者氏名 ふ り が な	(続柄)		
疾病名			
疾病分類 (あてはまる項目にチェックしてください。)			
<input type="checkbox"/> 重症複合免疫不全症その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> 白血病その他免疫の機能を抑制する治療を要する重篤な疾病 <input type="checkbox"/> その他予防接種を受けることが適当ではないと認められる疾病			
やむを得ず接種を受けられなかつた特別な理由	左記の特別な事情が生じた日		
<input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> ワクチンの大幅な供給不足 <input type="checkbox"/> 虐待・ネグレクト <input type="checkbox"/> その他 ()	年	月	日
今回の定期予防接種が可能となつた日	年	月	日
接種可能なワクチンの種類			
【生ワクチン】		【不活化ワクチン】	
<input type="checkbox"/> BCG (4歳に達するまで)	<input type="checkbox"/> Hib (10歳に達するまで)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	<input type="checkbox"/> ポリオ	
<input type="checkbox"/> 麻しん	<input type="checkbox"/> 5種混合 (15歳に達するまで)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	
<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 3種混合	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹	
<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹 (生)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	(シングリックス)	
接種にあたっての注意事項			
医療機関名			
所在地			
担当医師名			

この理由書は定期予防接種の特例措置対象者がいとう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、本理由書が町及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自著