

大鰐町長 殿

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

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   | 大鰐町大字                           |          |
|                                | (フリガナ)<br>氏 名                                   | 電話番号 ( )                        |          |
|                                | 生年月日  | 年 月 日                           | (満 歳 か月) |
| 疾病名等、特別な事情の内容                  | (疾病分類)<br>(疾病名)<br>(該当理由)                       |                                 |          |
| 今回実施する予防接種の種類、回数               | (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                           |          |
| 今後必要と思われる<br>予防接種の種類及び<br>接種回数 | <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)           | 1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・1 期追加 |          |
|                                | <input type="checkbox"/> B C G                  |                                 |          |
|                                | <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"/> 三種混合 (DPT)             | 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"/> 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・3 期・4 期                 |          |
|                                | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)          | 1 回目・2 回目・3 回目                  |          |
|                                | <input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)               | 初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・追加       |          |
|                                | <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"/> 高齢者肺炎球菌                |                                 |          |
| 医療機関所在地<br>医療機関名<br>医師名 (記名押印) |   |                                 |          |
| 備 考：<br>接種にあたり注意すること等          | (例：不活化ワクチンは、〇年〇月〇日から接種可能だが、生ワクチンは、〇年〇月〇日からとする。) |                                 |          |

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、本理由書が大鰐町及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署