

年 月 日

延岡市長様

**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条の第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つたため、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 ケ月)
疾病名等、特別な事情の内容	(疾病分類) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適当事因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適当事因が解消された日) 年 月 日				
今回実施する予防接種の種類、回数					
予防接種の種類、今後の計画、接種回数等	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				
	五種混合(DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加			
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加			
	三種混合 (DPT)	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・3期・4期			
	麻しん	1期・2期・3期・4期			
	風しん	1期・2期・3期・4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					
高齢者用帯状疱疹					
医療機関所在地 医療機関名 医師名					
備 考					

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、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者（成人の場合は本人）自署

※医療機関様：対象者が来院した場合には、予防接種を実施する前に必ず、地域医療政策課（電話0982-22-7066）へご連絡ください。