様式第２号（第４条関係）

　年　　月　　日

大河原町長　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措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第１条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予防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。

|  |  |
| --- | --- |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）被接種者氏名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（満　　歳　　か月） |
| 住所 | 大河原町 |
| 保護者氏名 |  |
| 疾病名 | （疾病名を別表で確認） |
| 疾病分類（あてはまる項目にチェックしてください）□ ① 重症複合免疫不全症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病□ ② 白血病その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病□ ③ ①及び②に準じ予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病 |
| やむを得ず定期予防接種が受けられなかった特別な理由 | 左記の特別な理由が生じた日　　年　　月　　日 |
| 今回の定期予防接種の接種が可能となった日 | 　　年　　月　　日から |
| 接種可能なワクチンの種類（今回定期予防接種を希望するワクチン名にチェックしてください） |
| 【生ワクチン】□ロタウイルス□ＢＣＧ（4歳に達するまで）□麻しん風しん混合□麻しん□風しん□水痘 | 【不活化ワクチン】□Hib（10歳に達するまで）　　 □日本脳炎□小児用肺炎球菌（６歳に達するまで）　 □ポリオ□５種混合（15歳に達するまで）　　　　 □子宮頸がん予防□４種混合（15歳に達するまで） 　 □Ｂ型肝炎□３種混合　　　　　　　　　　　　　　 □高齢者肺炎球菌□ジフテリア・破傷風（２種混合）　　　　　　　　　　　 |
| 接種にあたっての注意事項（例：生ワクチンは○年〇月○日から、不活化ワクチンは○年○月○日から接種可能とする。） |
| 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の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。

保護者自署