（別紙）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 　　　月　　　 日

羽生市長 様

　医療機関名

住所

電話番号

医師名

**長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者の定期予防接種に関する理由書**

予防接種法施行令第３条の２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いたしますので、理由書を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住 所　〒  羽生市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別 | |
| 生年月日　　平・令　　　年 　　　月 　　　日　（満 　　　　歳 　　　　 か月） | |
| 疾病名等、特別な事情の内容 | 疾患名【 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  該当する項目にチェックをつけてください。  □(１) 重症複合免疫不完全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病  □(２) 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病  □(３) (1)又は(2)に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病  □(４) 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと  □(５) 医学的知見に基づき、(1)～(4)に準ずると認められるもの | |
| 予防接種不適当要因の期間について | 予防接種不適当要因が生じた日　　　　　予防接種不適当要因が解消された日（※これより２年間は接種可能）  年　　　月　　　日　から　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 接種可能と判断された予防接種の種類、接種回数  （該当する項目にチェック及び〇印をつけてください。）  ※接種上限年齢  ・**ヒブ（Hib）**  10歳未満  ・**小児肺炎球菌**  　6歳未満  ・**四種混合**  **（DPT-IPV）**  15歳未満  ・**ＢＣＧ**  4歳未満 | □Ｂ型肝炎 | 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  ※五種混合を接種する場合、ヒブは接種しません。 |
| □小児肺炎球菌 | 初回（１回目・２回目・３回目）・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  ※四種混合とヒブで接種する場合があります。 |
| □ＢＣＧ | 1回目　※定期の年齢を超える場合は、ツベルクリン反応検査を行うことを検討します。  実施の場合、自費となります。 |
| □麻しん風しん混合（MR） | １期・２期 |
| □水痘 | １回目・２回目 |
| □日本脳炎 | １期初回（ １回目・２回目 ）・１期追加・２期 |
| □二種混合（DT） | ２期 |
| □子宮頸がん予防（HPV） | １回目・２回目・３回目 |
| □三種混合（DPT） | １期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加 |
| □不活化ポリオ（IPV） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| □麻しん | １期・２期 |
| □風しん | １期・２期 |
| 備考（接種上の留意点等） |  |  |