

市川市長

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1条の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	市川市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 カ月)
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	
特別な理由により 実施できなかった 予防接種であって、 今回実施する予防 接種の種類及び回 数 (該当の回数部分を ○で囲んで下さい)	ヒブ	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	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	4種混合 (DPT-IPV)	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	
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	B C G		
	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	
	子宮頸がん (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	二種混合 (DT)	2期	
	【高齢者】 帯状疱疹	ビケン (生ワクチン) ・ シングリックス (1回目・2回目)	
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、本理由書が市川市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

(自署欄への署名は被接種者がこどもの場合は保護者、高齢者の場合は被接種者本人および親族代筆)

自署

(続柄:)