年　　月　　日

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　所</td><td colspan="2">市川市
電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏　名</td><td colspan="2">（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日　（満　　歳　　ヵ月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名等、
特別な事情の内容</td><td colspan="2">疾病名

該当理由

予防接種不適当要因が生じた日　　年　　月　　日
予防接種不適当要因が解消された日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="12">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）</td><td>ヒブ</td><td>初回（１回目・２回目・３回目）・追加</td></tr>
<tr><td>小児用肺炎球菌</td><td>初回（１回目・２回目・３回目）・追加</td></tr>
<tr><td>Ｂ型肝炎</td><td>１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>不活化ポリオ（IPV）</td><td>１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加</td></tr>
<tr><td>５種混合(DPT-IPV-Hib)</td><td>１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加</td></tr>
<tr><td>ＢＣＧ</td><td></td></tr>
<tr><td>麻しん風しん混合(MR)</td><td>１期・２期</td></tr>
<tr><td>水痘</td><td>１回目・２回目</td></tr>
<tr><td>日本脳炎</td><td>１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期</td></tr>
<tr><td>子宮頸がん(HPV)</td><td>１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>二種混合(DT)</td><td>２期</td></tr>
<tr><td>【高齢者】帯状疱疹</td><td>ビケン(生ワクチン)・シングリックス(１回目・２回目)</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関所在地
医療機関名
医師名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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：　　）