様式第２号（第５条関係）

　　　年　　　月　　　日

大郷町長　殿

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３条第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方が、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　所 | 大郷町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (ふりがな)氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　歳　　　か月） |
| 疾病名 |  |
| 該当理由※該当する項目にチェック | * ①　重症複合免疫不全症等、その他の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に準じ予防接種を受けるのが適切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
 |
| やむを得ず定期予防接種が受けられなかった特別の事情 |  | 左記の特別の事情が生じた日 | 年　　月　　日 |
| 定期予防接種が可能となった日 | 年　　　月　　　日 |
| 接種可能な予防接種 | □Ｂ型肝炎□ＢＣＧ（４歳の誕生日の前日まで）□ヒブ（１０歳の誕生日の前日まで）　※五種混合を使用する場合に限り１５歳の誕生日の前日まで　　　　□小児肺炎球菌（６歳の誕生日の前日まで）　　　　　□五種混合（１５歳の誕生日の前日まで）□四種混合（１５歳の誕生日の前日まで）□三種混合　　　　　　　　　　　　　　 | □不活化ポリオ 　　　□水痘　　　　　　　　　　　　□日本脳炎　　　　　　　　　　□麻しん風しん混合　　　　　　□麻しん　　　　　　　　　　　□風しん　　　　　　　　　　　□二種混合（ジフテリア・破傷風）□子宮頸がん予防　　　　　　　□高齢者肺炎球菌　　　　　　　 |
| 医療機関 | 所在地名　　称医師氏名　　 |
| 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、本理由書が町及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者又は本人自署