

神栖市長 様

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
(医師の意見書)

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したので、理由書を提出します。

<医師記入欄>

被接種者	住所	神栖市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
疾病名等、特別な事情の内容	疾病分類	該当理由:	
	疾病名		
	特別な理由が生じた日	年 月 日	
	特別な理由が解消された日	年 月 日	
予防接種の種類、接種回数 ※該当するワクチンにチェックし、回数に○を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ※6歳未満	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib) ※10歳未満	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib) ※15歳未満	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 結核(BCG) ※4歳未満		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期・()単抗原	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	生ワクチン・組換えワクチン(1回目・2回目)	
	<input type="checkbox"/> その他()		
医療機関所在地 医療機関名 医師名 電話番号			

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