

(提出先) 寄居町長

長期療養者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1条の2第3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な事情により定期予防接種を受けることができなかつた者が、今般、特別な事情がなくなつたため、定期予防接種を受けることが可能と判断しますので理由書を提出します。

被 接 種 者	住 所	寄居町大字
		電話番号
	フリガナ 氏 名	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況 □にチェックをつけ、該当理由及び、日付けを記入してください。	<input type="checkbox"/> ①法令第1条の2第3項の規定する厚生労働省で定める疾患に罹患した 傷病の分類 _____ 疾病名 _____ <input type="checkbox"/> ②臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき①または②に準ずると認められるもの 該当理由 _____ <input type="checkbox"/> 予防接種不適當要因が生じた日 : 年 月 日 <input type="checkbox"/> 予防接種不適當要因が解消された日 : 年 月 日	
予防接種の種類・回数 □に今回実施をする予防接種の種類にチェックをし、回数に○つけてください。	<input type="checkbox"/> B型肝炎：1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ：初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌：初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> 四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合：1期・2期 <input type="checkbox"/> 風しん：1期・2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・追加・2期 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：1期初回1回目・2回目・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（HPV）：1期目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん：1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘：1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 二種混合：2期	
特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医のもとで接種が望ましい <input type="checkbox"/> 近医での接種が可能である	
医療機関名 医療機関の所在地 医師名		