

伊丹市長 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**

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	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) (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 BCGの場合、ツベルクリン反応 (要・不要) 判定 ( )		
今回実施する予防接種の種類、回数			
予防接種の種類、今後の計画、接種回数等	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ (Hib)	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	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・1期追加	
	B C G	1回	
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4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	
	二種混合 (DT)	2期	
	麻しん	1期・2期・3期・4期	
	風しん	1期・2期・3期・4期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	D P T	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	
高齢者肺炎球菌感染症	1回		
医療機関所在地 医療機関名・医師名			

この書類は、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 \_\_\_\_\_