

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つた者が、今般、特別の事情がなくなつたため、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 ※該当する番号を○で囲み、疾病の名称・日付を記入してください。	<p>1. 予防接種法施行令第1条の3第2項に規定する厚生労働省令で定めるもの（次のアからウまでに掲げる疾病）にかかった（やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかつた場合に限る） ※疾病の例は、国の定期接種実施要領第1の20に係る別表を参照</p> <p>ア 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 疾病の名称： _____</p> <p>イ 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性間接リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 疾病の名称： _____</p> <p>ウ ア又はイの疾病に準ずると認められるもの 疾病の名称： _____</p> <p>2. 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた（やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかつた場合に限る） 疾病の名称： _____</p> <p>3. 医学的知見に基づき①又は②に準ずると認められるもの 疾病の名称： _____</p> <p>4. 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかつた場合に限る） (該当理由)</p> <p>(予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日</p>	
今回実施する予防接種の種類回数、接種予定日	(種類・回数) (接種予定日) 令和 年 月 日	
医療機関所在地 医療機関名 医師名		

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 _____