

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種申出書・医師意見書

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予防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、定期予防接種を実施できると判断しますので、次のとおり定期予防接種を申し出ます。なお、こどもの定期予防接種を受ける場合は、申し出にあたり、予防接種の履歴がわかる母子健康手帳等の写しを添付します。

【申出人記入欄】

被接種者	<small>ふりがな</small> 氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 住所： _____ 電話番号： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 満年齢： _____ 才 _____ か月
申出人 <small>(被接種者が16歳未満の場合はご記入ください) (被接種者が16歳以上) <input type="checkbox"/>被接種者と同じ</small>	氏名： _____ 住所： _____ 電話番号： _____ 被接種者との続柄： _____
接種できなかった理由	次の1～3のうち該当するものに○を付けてください。 1 厚生労働省令 別表に掲げる特定疾病にかかつたため 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ていたため 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ため
希望する予防接種	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 五種混合(15歳未満まで) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ヒブ(10歳未満まで) <input type="checkbox"/> BCG(4歳未満まで) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌(6歳未満まで) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 <input type="checkbox"/> 四種混合(15歳未満まで) <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者の帯状疱疹 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
接種予定医療機関	

【主治医記入欄】

上記の対象者(氏名： \_\_\_\_\_)が、定期予防接種を受けることができなかつた特別の事情は次のとおりです。また、特別の事情がなくなり、定期予防接種を実施できると判断します。

① 疾病名等： \_\_\_\_\_

② やむを得ず定期予防接種が受けられなかつた特別な理由 特別な事情が生じた日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

③ 接種可能な予防接種 可能となつた日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

④ 接種にあつての注意事項

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名： \_\_\_\_\_  
 所在地： \_\_\_\_\_  
 電話番号： \_\_\_\_\_  
 医師名： \_\_\_\_\_