

横手市長 殿

特別の理由による定期予防接種再接種対象者該当理由書

骨髄移植手術等により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度予防接種を実施すべきと判断しますので理由書を提出します。

被接種者	住 所	横手市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)
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	
今年度実施する予防接種の種類		ヒブ (Hib) 感染症	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
		B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
		四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加
		五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加
		B C G	B C G
		麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 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
		子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目
		不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加
		三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加
		麻しん	1 期・2 期
風しん	1 期・2 期		
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備 考			

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、本理由書が市町村に報告されることに同意します。

保護者自署 _____