

長期療養に係る予防接種特例措置申請書

年 月 日

千代田区長 殿

申請者名 _____

対象者との続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

次の対象者については、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別の事情により、やむを得ず予防接種法に定める定期の予防接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

ついては、予防接種法施行令第3条第2項に基づき定期の予防接種の特例実施をお願いします。なお、本書が厚生労働省あて報告されることに同意します。

記

1 対象者

住 所:千代田区 _____

氏 名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ か月)

2 接種を希望する予防接種の種類

(主治医の了解を得たうえで、希望する接種の回数に○印)

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| ヒブ ※10歳の誕生日前日まで | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 |
| 小児用肺炎球菌 ※6歳の誕生日前日まで | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 |
| 五種混合(DPT-IPV-Hib) ※15歳の誕生日前日まで | 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 |
| 不活化ポリオ(IPV) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| BCG ※4歳の誕生日前日まで | 1回 |
| B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 |
| MR(麻しん風しん混合) | 1期・2期 |
| 麻しん | 1期・2期 |
| 風しん | 1期・2期 |
| 水痘(みずぼうそう) | 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 |
| HPV(ヒトパピローマウイルス) | 1回目・2回目・3回目 |
| 高齢者肺炎球菌 | 1回 |
| 带状疱疹 | 生ワクチン・不活化ワクチン(1回目・2回目) |

※ 本申出書には、母子健康手帳の予防接種の記録欄(写)等、これまでの接種歴が分かる書類を添付してください(高齢者肺炎球菌、带状疱疹は除く)。

裏面は主治医記入欄です

主治医記入欄

対象者 _____ が、長期にわたり療養を必要とした特別な事情は、

- ア 予防接種法施行規則第2条の9で定める疾病にかかったこと
- イ 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと
- ウ 医学的知見に基づき、ア又はイに準ずると認められるもの

のうち、()に該当し、疾病名は、_____ で、詳細は下記のとおりです。

なお、この特別な事情がなくなったと認められる日は、_____ 年 月 日です。

(病状快復の詳細)

(下記の記載例を参考に、疾病等の名称と定期の予防接種の対象者である間に受けられなかった理由、その期間などの詳細、特段配慮すべき予防接種の種類とその内容などをご記入願います。)

【記載例1】本児、急性リンパ性白血病を1歳3カ月の時に発病し、その治療による免疫低下状態が、約2年間続いておりました。そのため予防接種を受けることができていませんでしたが、〇年〇月〇日現在、患児の免疫状態は回復しており、予防接種しても問題なく、その効果も期待できると判断します。

【記載例2】本児、ネフローゼ症候群を3歳1か月の時に発症したことにより、ステロイド剤相当量を長期に内服しており、〇年〇月から〇年〇月まで、予防接種は控えておりましたが、〇年〇月〇日現在、患児の病態は改善しており、予防接種するに差し支えないと判断します。

年 月 日

| | | |
|------------------|------|---|
| 医 療 機 関 | 名称 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 医師名 | 印 |

※ 本書により厚生労働省結核感染症課に報告いたします。また、ご記入いただいた内容につきまして、千代田区より個別に内容照会させていただく場合には、御協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。