

台東区長 殿

定期予防接種の再接種に関する対象者該当理由書

骨髄移植手術等により接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断された者が、再度、予防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 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	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	B C G		
	五種混合 (DPT-IPV-HIB)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	二種混合 (DT)	2 期	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期	
	麻疹風しん混合 (MR)	1 期・2 期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	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	
	水痘	1 回目・2 回目	
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備 考			

この理由書は、定期予防接種の再接種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、本理由書が区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 \_\_\_\_\_