

(宛先) 狭 山 市 長

狭山市特別の理由による任意接種が必要である理由書

骨髄移植手術その他の理由により、接種済みの予防接種法に基づく定期の予防接種の効果が期待できないと判断しますので、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		(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	
今回実施した 予防接種の種類・回数  【快復後2年以内】 ※4種混合：15歳未満 ※ヒブ：10歳未満 ※小児用肺炎球菌：6歳未満		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
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目
		4種混合 (DPT-IPV)	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
		麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期
		麻しん	1期・2期
		風しん	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
		2種混合 (DT)	2期
		子宮頸がん予防 (HPV)	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、狭山市特別の理由による任意予防接種の助成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 (被接種者) 自署

狭山市保健センター