(表)　　様式　予⑭

記入日 令和　年　月　日

大和高田市長 宛

大和高田市長期療養等特例接種承認に関する医師意見書

当該被接種者が予防接種法施行令第3条第2項に規定する長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった等特別の事情のうち疾病等により、やむを得ず定期予防接種を受けることができなかったことについて、今般、特別な事情がなくなったため、定期予防接種を実施できると判断しましたので、次のとおり意見書を提出いたします。　※該当する□に✓を記入してください。

意見者	医療機関名称	
	医療機関所在地	
	連絡先電話番号	
	医師氏名(署名)	印

被接種者	氏名	フリガナ (性別 男・女)	
	住所	大和高田市	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日(満　歳)	
	疾病の名称		
	該当理由(やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。)	□1 次の(1)から(3)までに掲げる疾病にかかったこと (1)重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 (2)白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 (3)(1)又は(2)の疾病に準ずると認められるもの □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たこと。 □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	
	予防接種不適当要因が生じた日	年　月　日	
	予防接種不適当要因が解消した	令和　年　月　日から ※解消した日から原則2年間は接種可能(高齢者肺炎球菌、帯状疱疹は1年間)	
	予防接種の種類	2種混合	□2期
		3種混合 ※15歳に達するまで	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加
		4種混合 ※15歳に達するまで	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加
		5種混合 ※15歳に達するまで	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加
		ヒブ ※10歳に達するまで	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加
		ポリオ (不活化)	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □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
		日本脳炎	1期初回(□1回目 □2回目) □1期追加 □2
		BCG ※4歳に達するまで	□1回
		小児肺炎球菌 ※6歳に達するまで	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加
		HPV	□1回目 □2回目 □3回目
		水痘	□1回目 □2回目
		B型肝炎	□1回目 □2回目 □3回目
		高齢者肺炎球菌	□1回目 □2回目
		帯状疱疹	生ワクチン　□1回目
			不活化ワクチン　□1回目 □2回目

その他	特記事項(接種時の注意事項等)	