長期にわたり療養を必要とする疾病等による定期接種の遅延理由書
（ロタウイルス感染症及びインフルエンザを除く）

【対象者】

<table>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>被接種者名前</td><td></td></tr>
<tr><td>保 護 者 名 前
被接種者が未成年の場合のみ</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

【内容・理由など】

<table>
<tr><td>予防接種の種類</td><td></td><td>接　種
年 月 日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>特 別 の 事 情</td><td colspan="3">☐ ①特定疾病によるもの
☐ ②臓器移植後、免疫機能を抑制する治療を受けたため
☐ ③医学的知見に基づき①又は②に準ずると認められる
※いずれかにチェックをしてください。</td></tr>
<tr><td>具 体 的 内 容</td><td colspan="3">特別の事情発生時 ：　　年　　月　　日
特別の事情解消時 ：　　年　　月　　日

内 容 ：

※　疾患名や予防接種ができなかった具体的理由をご記入ください。</td></tr>
<tr><td>今 後 の 予 防
接 種 の 計 画</td><td colspan="3">※　続きの予防接種があれば、時期と種類・回数等記入してください。</td></tr>
</table>

上記の方は、予防接種法施行令第1条の3第2項に規定する厚生労働省令で定める特別の事情により、定期接種の対象者であった間に予防接種を受けることができませんでした。

年　　月　　日

医療機関住所　〒

医 療 機 関 名

医　師　名