

定期予防接種の遅延理由書
(長期にわたり療養を必要とする疾病等による)

【定期予防接種対象者】

住所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者名前			
保護者名前			

【内容・理由等】

予防接種の種類		接種年月日	年 月 日
特別の事情	<input type="checkbox"/> ①特定疾病によるもの <input type="checkbox"/> ②臓器移植後、免疫機能を抑制する治療を受けたため <input type="checkbox"/> 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。		
具体的内容	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。		
今後の予防接種の計画	※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。		

上記の方は、予防接種法施行令第3条第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、定期予防接種事業の対象年齢内に予防接種を受けることができませんでした。

年 月 日

医療機関名

医師名