

意見書

(長期療養疾病等による定期接種の特例措置)

被接種者	ふりがな		性別	男・女
	名前			
	生年月日	年 月 日 (歳 月)		
	住所			
	保護者名			
やむを得ず定期の 予防接種を受ける ことができなかつた と判断した理由 (該当する理由に チェックし <input checked="" type="checkbox"/>) 詳細を記入して ください。	<input type="checkbox"/> ① 免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病、又は免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病等にかかったこと。(疾病例は別表のとおり。)			
	疾病名			
	(状況)			
	療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (※やむを得ず予防接種を受けることができなかった期間のこと)		
	<input type="checkbox"/> 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。			
	(臓器移植の内容)			
	(免疫の機能を抑制する治療の内容)			
	療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (※やむを得ず予防接種を受けることができなかった期間のこと)		
	<input type="checkbox"/> ③ 医学的知見に基づき、上記の①又は②に準ずると認められるもの。			
	(①又は②に準ずると認められる状況)			
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (※やむを得ず予防接種を受けることができなかった期間のこと)			
上記のとおり、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかつたと判断した。				
年 月 日				
医療機関名：				
所在地：				
電話番号：				
医師名：				
(署名又は記名押印)				
<input type="text"/>				