特例措置対象者報告

別紙１

年　　月　　日

北九州市長　様

予防接種法施行令第一条に基づき、下記対象者を定期の接種対象者と判断したため、報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年  月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 区  （TEL　　　　－　　　　　－　　　　　　） | | | | | |
| 疾病分類 | 該当するものにレ点を入れてください。  □悪性新生物　　　　　　□血液・免疫疾患　　　　　□神経・筋疾患  □慢性消化器疾患　　　　□慢性腎疾患　　　　　　　□慢性呼吸器疾患  □慢性心疾患　　　　　　□内分泌疾患　　　　　　　□膠原病  □先天性代謝異常　　　　□アレルギー疾患　　　　　□先天異常  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 疾病名 |  | | | | | |
| 該当するものにレ点を入れてください。  □上記対象者の治療経過を把握しているため（該当疾病のかかりつけ医療機関であるため）  □該当疾病を治療した医療機関からの書類にて確認した（※書類のコピーを添付）  □該当疾病を治療した医療機関に電話にて確認した  （医療機関及び医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 接種可能と  なった日 | 年 　 月 　　日（　　 ）  ※接種可能と判断された日から２年以上（高齢者の肺炎球菌感染症及び帯状疱疹については接種可能と判断された日から１年以上）経過している場合は特例措置対象者にはなりません。 | | | | | |
| 接種歴 | 過去に特例措置対象者として接種したことが（　ある　・　ない　）  ※○をつけてください。 | | | | | |
| 今回接種した  ワクチン | □五種混合（１・２・３・追加） □四種混合（１・２・３・追加） □三種混合（１・２・３・追加）  □B型肝炎（１・２・３） 　□不活化ポリオ（１・２・３・４） □日本脳炎（１・２・３・４）  □麻しん風しん（１・２・５） □二種混合　□ＢＣＧ□小児用肺炎球菌　　　　　　　　□ヒブ　　　　　□ヒトパピローマウイルス感染症（１・２・３）□水痘（１・２）  □高齢者用肺炎球菌 □帯状疱疹(ビケン・シングリックス) 　接種年月日　 年 　 月 　日 | | | | | |
| 今後接種予定の  ワクチン | □五種混合（１・２・３・追加） □四種混合（１・２・３・追加） □三種混合（１・２・３・追加）  □B型肝炎（１・２・３） 　□不活化ポリオ（１・２・３・４） □日本脳炎（１・２・３・４）  □麻しん風しん（１・２・５） □二種混合　□ＢＣＧ□小児用肺炎球菌　　　　　　　　□ヒブ　　　　　□ヒトパピローマウイルス感染症（１・２・３）□水痘（１・２）  □高齢者用肺炎球菌 □帯状疱疹(ビケン・シングリックス) | | | | | |
| 医療機関名 | | 医師名 | | | | |

※医療機関は予防接種後、速やかに本用紙を医療機関所在地の区役所保健福祉課にＦＡＸしてください。

※予防接種実施報告書提出の際に本用紙を予診票に添付してください。

※本用紙と同等の書類（特別な事情があったことが判断できる書類等）がある場合は、本用紙は不要です。判断できる書類を予診票に添付してください。