

特例措置対象者報告

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。 <input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 血液・免疫疾患 <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 慢性消化器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ワクチン不足により接種が遅れたため)			
疾病名	該当するものにレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種可能となった日	令和 7 年 3 月 31 日 (月) ※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带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	<input type="checkbox"/> 五種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 三種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・3・4) <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん (1・2・5) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹(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	<input type="checkbox"/> 五種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 三種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (1・2) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹(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。