

様式第1号（裏面）

令和 ○年 △月 □日

医 師 意 見 書

次の者が、定期予防接種を対象年齢中に受けることができなかった特別の事情の詳細は、以下のとおりです。

氏 名	名古屋 花子		
生 年 月 日	平成 29 年 12 月 25 日生		
定期予防接種を受けることができなかった特別の事情 ※右の①～④のいずれかに記入してください。	①長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと (疾病の名称：_____) ※下記のイ～ハのあてはまるものにチェックをしてください。		
	☐ イ 重症複合免疫不全症，無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病		
	☐ ロ 白血病，再生不良性貧血，重症筋無力症，若年性関節リウマチ，全身性エリテマトーデス，潰瘍性大腸炎，ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病		
	☐ ハ イ又はロの疾病に準ずると認められるもの		
	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 《治療の内容等》 もしも記載する箇所が分からなければ、①,②,③どちらでも構いませんので、疾病の名称と内容の記載をお願いします。		
特 別 の 事 情 が 発 生 し た 日	令和 5 年 6 月 8 日		
	特 別 の 事 情 が 解 消 し た 日		
	令和 6 年 6 月 1 日		
主 治 医 署 名	医療機関名称	○×病院	
	所在地	名古屋市○○区 ○○町△丁目△ー△	
	電話番号	052-×××-××××	
	主治医氏名	○○ ○○	
疾病が判明し、治療を開始した日と治療が終了した日を記入してください。			