様式第3号（第13条関係）

定期予防接種該当者証明書

八頭町長　　 様

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な被接種者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年 　　　月 　　　日生 |
| 住　所 |  |
| 電話番号 | － 　　　－ |
| 該当理由※別紙を参考に、疾患名や経過のご記入をお願いします。 | 疾患名 |  |
| 経過の概要 | 予防接種を実施して差し支えないと判断した日 【　　　 年　 月 　日】 |
| 今後必要な予防接種※「該当」欄に○ | 該当 | 予防接種 | 対象者該当要件 |
|  | ＢＣＧ | 接種不適当要因解消時点から２年以内（ただし４歳未満） |
|  | ヒブワクチン | 接種不適当要因解消時点から２年以内（ただし１０歳未満） |
|  | 小児用肺炎球菌 | 接種不適当要因解消時点から２年以内（ただし６歳未満） |
|  | 四種混合 | 接種不適当要因解消時点から２年以内（ただし１５歳未満） |
|  | 三種混合 | 接種不適当要因解消時点から２年以内 |
|  | ポリオ |
|  | 二種混合 |
|  | 日本脳炎 |
|  | 麻しん風しん |
|  | 子宮頸がん |
|  | 水痘 |
| 今後の大まかな予防接種計画 | 例）①四種混合・日本脳炎→②ＭＲ …等 |

上記の者は、厚生労働省令に基づく定期予防接種該当者であることを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

医　師　名