

定期接種(帯状疱疹予防接種)に関する対象者該当意見書

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

予防接種法施行令第3条及び予防接種法施行規則第2条の7の規定に基づき定期接種対象者に該当すると判断する意見書を提出します。

本人記載欄

接種対象者	住所			
	フリガナ		年 月 日	
	氏名	生年月日	(歳)	
	電話番号			

医師記載欄

医師の意見(以下の項目に該当する場合は☑してください)	
<input type="checkbox"/> 以下の要件を満たし、定期接種の対象者に該当すると判断します。 60歳以上65歳未満のものであって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者(身体障害者手帳1級相当)	
定期接種対象者と判断した理由(以下の該当するものに☑し、必要な場合は補足事項をご記入ください。)	
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により日常生活がほとんど不可能なもの <input type="checkbox"/> CD4陽性Tリンパ球数が200/ μ l以下で、以下の項目(a~l)のうち6項目以上が認められるもの (a~lの項目で該当するものに☑をつけてください) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a 白血球数について3,000/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く <input type="checkbox"/> b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く <input type="checkbox"/> c 血小板数について10万/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く <input type="checkbox"/> d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/ml以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く <input type="checkbox"/> e 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある <input type="checkbox"/> f 健常時に比し10%以上の体重減少がある <input type="checkbox"/> g 月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く <input type="checkbox"/> h 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある <input type="checkbox"/> i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある <input type="checkbox"/> j 口腔内カンジダ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある <input type="checkbox"/> k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である <input type="checkbox"/> l 軽作業を越える作業の回避が必要である <input type="checkbox"/> 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの	
【上記以外の理由】 検査値や現在の状態などできるだけ詳細に記載してください	
医師記載日	令和 年 月 日
医療機関所在地	
医療機関電話番号	
医療機関名	
担当医師名	⑧

この意見書は、定期予防接種の対象者に該当するか否かの判断をすることを目的としています。
 この意見書を記載し、提出をしていただいても、定期接種対象者として承認されない場合があります。