

定期接種(インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症)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4及び、6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		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	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)	
☐ 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、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有するもの及び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。)	
(1)心臓の機能障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ☐ 以下の項目(A～H)のうち2項目以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の辺の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返すアダムスストークス発作が起こるもの (A～Hの項目で該当するものに☑をつけてください) ☐ A 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの ☐ B 心電図で陈旧性心筋梗塞所見があるもの ☐ C 心電図で脚ブロック所見があるもの ☐ D 心電図で完全房室ブロック所見があるもの ☐ E 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの ☐ F 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの ☐ G 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの ☐ H 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただしV1を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの ☐ ペースメーカを植え込み、自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの	
(2)腎臓の機能障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ☐ 腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の辺の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの	
(3)呼吸器の機能障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ☐ 予測肺活量1秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強い歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O ₂ 分圧が50Torr以下のもの	
(4)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 ☐ 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) ☐ a 白血球数について3,000/ μ l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 ☐ 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 ☐ c 血小板数について10万/ μ l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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ f 健常時に比し10%以上の体重減少がある ☐ g 月に7日以上の上の発熱(38℃以上)が2か月以上続く ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ l 軽作業を越える作業の回避が必要である ☐ 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(1)～(4)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 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	令和 年 月 日

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。