

(公 印 省 略)
北九保保衛第1193号
平成23年3月22日

社団法人北九州市医師会
会 長 合馬 紘 様

北九州市保健福祉局長 日高 義隆

東北地方太平洋沖地震に伴う予防接種の取扱について

平素から本市の保健福祉行政におきましては格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、標記の件につきまして、厚生労働省結核感染症課より別紙のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、区役所生活支援課において、別添「予防接種確認書」を発行しますので、被災者から依頼書なしで予防接種の希望があった場合は区役所生活支援課にご案内いただきますよう貴会会員への周知をお願いいたします。

なお、「予防接種確認書」につきましては、予防接種依頼書と同様の取り扱いをお願いいたします。

北九州市保健福祉局保健衛生課 担当 森光・有川 TEL 093-582-2435 FAX 093-582-4037
--

事 務 連 絡
平成23年3月16日

各都道府県衛生主管部局 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

東北地方太平洋沖地震に伴う予防接種の取扱について

予防接種法に基づく定期の予防接種（以下「予防接種」という。）の対象者であって、標記震災のために居住地である市町村（以下「居住地」という。）において予防接種を受けることが困難な者（以下「被災者」という。）が、居住地以外の市町村において予防接種を希望する場合には、その旨の申し出を受けた市町村（以下「希望地」という。）の長による予防接種の実施について特段のご配慮をいただきますようお願いいたします。なお、実施に当たっては下記に留意いただきますよう、管下市町村に対する周知方よろしくお取り計らい願います。

記

1. 居住地以外の市町村において予防接種を実施する場合には、一般に予防接種実施依頼書の発行が行われているが、居住地の長にあつては、標記震災のため、予防接種実施依頼書の発行事務が極めて困難であると考えられることから、予防接種実施依頼書がない場合においても、希望地の長は被災者からの申し出をもって居住地の長からの予防接種実施依頼があつたものとし、予防接種を実施して差し支えない。
2. 当該予防接種の実施に当たっては、被災者がおかれている状況を考慮し、予診の徹底など健康状況を十分に把握した上で接種が行われるよう特に留意願いたい。

以上

予 防 接 種 申 出 書

北九州市長 様

下記の者について、東北地方太平洋沖地震の震災によりその居住地において予防接種を受けることが困難なため、北九州市において接種の希望があることを申し出ます。

平成 年 月 日

(申出者氏名)

(被接種者との続柄)

記

予防接種の種類		
被接種者	氏名・性別	(男 ・ 女)
	生年月日	平成 年 月 日生 (満 才)
	居住地	
保護者氏名		(被接種者との続柄)
滞 在 地		
連絡先電話番号		

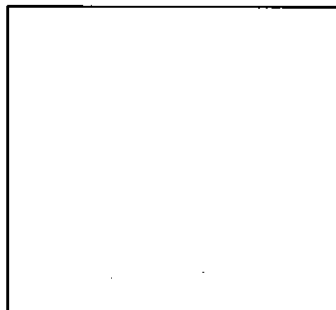
確 認 書

上記の予防接種の接種対象者について、震災のため居住地の長による予防接種実施依頼書の発行が極めて困難であると認められるので、上記申し出にもとづき予防接種を実施する。

なお、接種医療機関においては、予防接種の実施に当って、接種対象者の被災の状況を考慮し、予診の徹底など健康状況を十分に把握した上で接種を行うよう特に留意することとする。

北九州市長 北 橋 健 治

(区役所受付印)



※ 受付印がないものは無効

予防接種の接種状況表

母子健康手帳をお持ちでない方について、分かる範囲で記入をお願いします。

接種済みのものを○で囲んで、接種年月日を記入して下さい。

(被接種者名)	(平成 年 月 日生)
---------	-------------

平成 年 月 日現在

ワクチン名	接種状況	
三種混合DPT (ジフテリア・百日せき・破傷風)	1 期初回 1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日)	1 期追加 (年 月 日)
二種混合DT (ジフテリア・破傷風)	2 期 (年 月 日)	
ポリオ	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日)	
麻しん・風しん	1 期 (年 月 日) 3 期 (年 月 日) 2 期 (年 月 日) 4 期 (年 月 日)	
日本脳炎	1 期初回 1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日)	1 期追加 (年 月 日) 2 期 (年 月 日)
BCG	1 回 (年 月 日)	