

予防接種予診票等交付(再交付)申請書

令和 年 月 日

申請者(窓口に来た方)※16歳未満は保護者が記入してください

氏名 (続柄:)

住所 神栖市

電話

被接種者(予防接種を受ける方) ※申請者と同じ場合はチェックでも可

氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日生

住所 神栖市

電話

交付を希望する予診票

・交付を希望する予診票の口をチェックし、必要なものを○で囲んでください。
 ・「個別あり」と記載がある場合は、個別項目も記入願います。

●定期接種(A類): 無料

B型肝炎 [1回目・2回目・追加]

Hib(ヒブ) 個別あり

※接種日の年齢によって接種回数が変わります。
 2か月～6か月:4回/7か月～11か月:3回/2歳～4歳:1回

小児用肺炎球菌 個別あり

※接種日の年齢によって接種回数が変わります。
 2か月～6か月:4回/7か月～11か月:3回/1歳:2回/2歳～4歳:1回

ロタウイルス [1回目・2回目・3回目]

五種混合 [1回目・2回目・3回目・追加]

四種混合 [1回目・2回目・3回目・追加]

BCG(結核)

水痘(水ぼうそう) [1回目・2回目]

MR混合(麻しん・風しん) [1期・2期]

日本脳炎 個別あり

二種混合(ジフテリア・破傷風) [2期]

ポリオ(IPV) [1回目・2回目・3回目・追加]

HPV(子宮頸がん) 個別あり

●助成のあるもの(定期接種(B類)・任意接種)

高齢者肺炎球菌 個別あり

インフルエンザ [高齢者・小児1回目・2回目]

おたふくかぜ ※履歴確認のこと

風しん(妊娠希望女性) ※履歴確認のこと

予防接種済証

※申請者及び被接種者の身分証明書要確認

★太い枠線で囲まれているところに、ご記入願います。

※予防接種ごとに接種する回数や間隔が決まっています。安全に予防接種を受けるため、予診票を交付する際には、必ず母子健康手帳の予防接種の履歴を確認してください。

確認(聞き取り)事項

・左記の予防接種を希望する方は、記入及びチェックしてください。

○共通項目

希望する医療機関名	所在地	<input type="checkbox"/> 市外→		県
				市・区 町・村
交付(再交付)の理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 紛失・き損 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> その他()			

○個別項目

ヒブ <small>※大きく間隔が空いた場合 1歳～:2回目、3回目不要</small>	<input type="checkbox"/> 接種→	1回目を接種したときの年齢	<input type="checkbox"/> 2か月～6か月 <input type="checkbox"/> 7か月～11か月 <input type="checkbox"/> 1歳～4歳	年齢
	<input type="checkbox"/> 未接種	必要な予診票	1回目・2回目・3回目・追加(4回目)	
小児用肺炎球菌 <small>※大きく間隔が空いた場合 1歳～:2回目○/3回目× 2歳～:2回目、3回目×</small>	<input type="checkbox"/> 接種→	1回目を接種したときの年齢	<input type="checkbox"/> 2か月～6か月 <input type="checkbox"/> 7か月～11か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 2歳～4歳	年齢
	<input type="checkbox"/> 未接種	必要な予診票	1回目・2回目・3回目・追加(4回目)	
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 3歳未満(理由:) <input type="checkbox"/> 3歳～7歳半未満 <input type="checkbox"/> 9歳～13歳未満 <input type="checkbox"/> 特例(平成16年4月2日～平成19年4月1日生)			
	必要な予診票	1回目・2回目・追加・Ⅱ期		
HPV (子宮頸がん)	<input type="checkbox"/> 小学6年生～高校1年生 <input type="checkbox"/> 特例(平成9年4月2日～平成20年4月1日)			
	必要な予診票	1回目・2回目・3回目		
高齢者肺炎球菌 (23価) 定期のみ [助成:1回のみ]	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済⇒分かれれば記入(5年以内の再接種は×) (年 月 日)			

職員確認欄	受付担当者	
個番(被接種者)		受付場所

健康管理システムに記録が無い場合は、母子健康手帳の予防接種履歴の写しを添付すること