

広域

広域予防接種券申請書 (乳幼児等)

太枠内をご記入ください

申請年月日	年 月 日 (曜日)					
申請項目 該当種別に☑ 回数期別に○	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 4種混合(1期初回1回・1期初回2回・1期初回3回・1期追加) <input type="checkbox"/> 2種混合(2期) <input type="checkbox"/> Hib(ヒブ)(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加) <input type="checkbox"/> MR(1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1期初回1回・1期初回2回・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん) サーバリックス (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん) ガーダシル (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ロタウイルス【ロタリックス】(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> ロタウイルス【ロタテック】(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> その他()					
予防接種を受ける人	ふりがな				性別	男・女
	名前					
	生年月日	年 月 日 (歳 月)				
	住所	〒 ー 福山市 町 丁目 番 号 番地				
	電話	() ー				
保護者の名前						
(住所以外に送付してほしい場合) 依頼書の送付先	〒 ー				様方	
予防接種の接種歴	接種名	期別	チェック欄 接種済み	接種名	期別	チェック欄 接種済み
	BCG				1期1回目	
	Hib(ヒブ)	初回1回目		四種混合	1期2回目	
		初回2回目			1期3回目	
		初回3回目			追加	
		追加		二種混合	2期	
	小児用肺炎球菌	初回1回目		麻しん 風しん	1期	
		初回2回目			2期	
		初回3回目		日本脳炎	1期1回目	
		追加			1期2回目	
	水痘	1回目			追加	
		2回目			2期	
	HPV(子宮頸がん)	1回目		ロタウイルス【ロタリックス】	1回目	
		2回目			2回目	
		3回目			1回目	
B型肝炎	1回目		ロタウイルス【ロタテック】	2回目		
	2回目			3回目		
	3回目					
最終予防接種歴 年 月 日 接種名()						
接種希望医療機関				市・町	接種予定日	月 日頃
受付	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 紛失() <input type="checkbox"/> 対象年齢 <input type="checkbox"/> 接種希望医療機関が、広域化予防接種受託医療機関である <input type="checkbox"/> 接種券の送付先： <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> 窓口渡し					受付者
	交付年月日： 年 月 日 送付年月日： 年 月 日 予防接種券交付台帳記入： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳確認					処理者
ID番号	0	0	8			
押印欄	予防接種担当者		交付確認欄(課長または次長)			

※左記以外の接種済み
定期予防接種