

県外

乳幼児等予防接種依頼申請書

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 <input checked="" type="checkbox"/> 回数期別に <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目) <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"/> ロタリックス(1価)(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> ロタテック(5価)(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 5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"/> 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"/> 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"/> 2種混合(2期) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> HPV(ヒトパピローマウイルス) サーバリックス (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> HPV(ヒトパピローマウイルス) ガーダシル (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> HPV(ヒトパピローマウイルス) シルガード9 (1回目・2回目・3回目)									
予防接種を受ける人	ふりがな									
	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 電話:() ー									
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	接種名	期別	チェック欄 接種済み	
	BCG			5種混合	1期1回目		HPV (サーバリックス)	1回目		
	B型肝炎	1回目			1期2回目			2回目		
		2回目			1期3回目			3回目		
		3回目		追加		HPV (ガーダシル)	1回目			
	Hib(ヒブ)	初回1回目		4種混合	1期1回目			2回目		
		初回2回目			1期2回目			3回目		
		初回3回目			1期3回目			HPV (シルガード9)	1回目	
		追加			追加		2回目			
	小児用肺炎球菌	初回1回目		2種混合	2期		※左記以外の接種済み 定期接種		3回目	
		初回2回目			麻しん 風しん	1期				
		初回3回目		2期						
		追加		水痘	1回目					
	ロタウイルス (ロタリックス)	1回目			2回目					
		2回目			日本脳炎	1期1回目				
ロタウイルス (ロタテック)	1回目		1期2回目							
	2回目		追加							
	3回目		2期							
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"/> 発行日: <input type="checkbox"/> 当日発行 <input type="checkbox"/> 後日郵送(保健予防課へ進達) <input type="checkbox"/> 対象年齢、接種歴 <input type="checkbox"/> 接種希望医療機関が、依頼先市町の予防接種実施医療機関である <input type="checkbox"/> 接種費用の支給についての説明 <input type="checkbox"/> 接種時、依頼書の原本・コピーを持参する <input type="checkbox"/> 依頼書の送付先: <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 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳確認							受付者		
処理欄	依頼先 : <input type="checkbox"/> 接種希望医療機関 確認年月日: 年 月 日 : <input type="checkbox"/> 市町長() 自己負担: 本人送付: 原本・コピー 送付年月日: 年 月 日							処理者		