

定期予防接種予診票交付申請書

大治町長 殿

申請者 住 所 大治町大字

氏 名 (続柄:)
電話番号 - -
(日中連絡先)

住 所	☐ 同 上 大治町大字		
ふりがな		生年月日	平成 年 月 日 令和 (歳 か月)
被接種者氏 名			
交付を希望する 予防接種 (○をつける)	H i b	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	
	小児肺炎球菌	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	
	B型肝炎	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
	ロタ	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
	4種混合	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	
	5種混合	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	
	結核 (B C G)	(1回)	
	麻しん・風しん (MR)	(1期 ・ 2期)	
	水痘 (水ぼうそう)	(1回目 ・ 2回目)	
	日本脳炎	(1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期)	
	2種混合	(1回)	
	HPV 感染症 (子宮頸がん)	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
	高齢者肺炎球菌	(1回目)	
	高齢者带状疱疹	(1回目 ・ 2回目)	
理由区分 (該当に✓)	☐ 転入 ☐ 紛失 ☐ 汚染・棄損 ☐ 再診接種者 ☐ 予診票送付前に接種するため ☐ その他 (理由:)		
接種予定 医療機関	☐ 海部地区の指定医療機関 ☐ その他 ()市・町・村 医院名 ()		

< 保健センター処理欄 >

日本脳炎 (13歳↑) (○をつける)	1期	(同伴あり ・ 同伴なし ・ 既婚者)		
		(同伴あり ・ 同伴なし ・ 既婚者)		
		(同伴あり ・ 同伴なし ・ 既婚者)		
	2期	(同伴あり ・ 同伴なし ・ 既婚者)		
窓口対応で確認したら✓		ダブルチェック(サイン)	転入日 (異動日)	
☐ 健康かるて (住民票確認) ☐ 母子健康手帳		対応者	ダブル チェック	R
2～3歳の人: 日本脳炎 1回目 接種予定日 (R)				
⇒ 3歳児健診の通知より接種日が前の場合、日脳①～③を交付してください。交付後、予防接種担当に報告してください。				
予防接種担当 確認欄 ☐ 日本脳炎管理表に入力済み				