

## 予防接種申請書

様式①

(保護者記入欄)

ふりがな 児の氏名		男 女	年 月 日生 ( 歳 か月)
住所	大田市 町 番地 (自治会 ) (アパート等 )		
保護者氏名		電話	

※下記の(1)～(3)についてかかりつけ医に確認のうえ、ご記入ください。

(該当するものを○で囲んでください)

(1) 市内医療機関で予防接種が受けられない原因の疾患

- 1) アレルギー疾患がある。(病名 )
- 2) 小児慢性特定疾患がある。(病名 )
- 3) その他

(2) 上記疾患判定のための検査

- 1) なし
- 2) あり → 内容:  
結果:  
場所:

(3) これまでに接種した予防接種に○をつけてください。

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加)        | 小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加)  |
| B型肝炎(1回目・2回目・3回目)         | ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)      |
| BCG                       | 四種混合(1回目・2回目・3回目・追加)     |
| 麻しん風しん混合(第1期・第2期)         | 水痘(初回・追加)                |
| 日本脳炎(1期1回目・2回目・追加・2期)     |                          |
| 二種混合(ジフテリア・破傷風)           |                          |
| 子宮頸がん予防ワクチン(1回目・2回目・3回目)  |                          |
| 三混(1期初回 1回目・2回目・3回目・追加)   |                          |
| 麻しん(第1期・第2期) 風しん(第1期・第2期) |                          |
| 生ポリオ(1回目・2回目)             | 単独不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) |

(4) 希望(○をする)

- ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加)
- 小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加)
- B型肝炎(1回目・2回目・3回目)
- ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)
- 四種混合(1回目・2回目・3回目・追加)
- BCG
- 麻しん風しん混合(第1期・第2期)
- 水痘(初回・追加)
- 日本脳炎(1期1回目・2回目・追加・2期)
- 二種混合(ジフテリア・破傷風)
- 子宮頸がん予防ワクチン(1回目・2回目・3回目)

以上の理由により、島根県立中央病院での予防接種を希望します。

年 月 日

記入者氏名

市役所受付日 年 月 日 (受付者 )