様式①

予防接種申請書

（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。
（該当するものを〇で囲んでください）

(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〇をつけてください。

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（ｼﾞﾌﾃﾘｱ・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（〇をする）
　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（ｼﾞﾌﾃﾘｱ・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、島根大学医学部附属病院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　）