

予防接種申請書

(保護者記入欄)

ふりがな 児の氏名				男 女	年 (歳	月 か月)	日生
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) 五種混合(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) 五種混合(1回目・2回目・3回目・追加) 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、島根大学医学部付属病院での予防接種を希望します。 年 月 日 記入者氏名							

市役所受付目

年 月 日 (受付者)