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 ）
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（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）
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（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　）