

小児予防接種依頼書発行申請書 太枠内に必要事項を記入してください。

芦屋町長様 下記のとおり小児予防接種依頼書の発行を申請します。

令和 年 月 日

| | | |
|---|---|------------|
| 申請者 (保護者) | ふりがな 氏名 | |
| | 住所 | (〒 ー) |
| | 被接種者との続柄 | |
| | 電話番号 | |
| 被接種者 (接種を受ける お子さん) | ふりがな 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 依頼理由 | 主治医指示のため・長期里帰りのため・その他 () | |
| 依頼する項目に○をつけて ください。 定期予防接種対象疾患(ワクチン) | <ul style="list-style-type: none"> ●<u>ロタウイルス感染症 (ロタリックス) 【1回目・2回目】</u> ●<u>ロタウイルス感染症 (ロタテック) 【1回目・2回目・3回目】</u> ●<u>B型肝炎 【1回目・2回目・3回目 (追加分)】</u> ●<u>Hib感染症 【1回目・2回目・3回目・4回目 (追加分)】</u> ●<u>小児の肺炎球菌感染症 【1回目・2回目・3回目・4回目 (追加分)】</u> ●<u>四種混合 【1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加】</u> (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) ●<u>五種混合 【1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加】</u> (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) ●<u>結核 (BCG)</u> ●<u>麻しん・風しん (MR) 【1期・2期】</u> ●<u>水痘 【1回目・2回目】</u> ●<u>日本脳炎 【1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期】</u> ●<u>ジフテリア・破傷風 (二種混合)</u> ●<u>ヒトパピローマウイルス感染症 (サーバリックス) 【1回目・2回目・3回目】</u> ●<u>ヒトパピローマウイルス感染症 (ガーダシル) 【1回目・2回目・3回目】</u> ●<u>ヒトパピローマウイルス感染症 (シルガード) 【1回目・2回目・3回目】</u> | |
| 予防接種医療機関名 | | |
| 予防接種医療機関住所・電話番号 | (〒 ー) TEL : | |
| 予防接種医名 | | |
| 滞在先住所・電話番号 | (〒 ー) (様方) ※里帰り等の人は住所の記載をお願いします。 | |

処理欄

| | |
|------------|----------------------------------|
| 受付日 | 年 月 日 |
| 申請者確認書類 | マイ・保・運・診・他 () |
| 被接種者確認書類 | マイ・保・診・他 () |
| 被接種者住基確認 | <input type="checkbox"/> 住基登録確認済 |
| 被接種者接種履歴確認 | <input type="checkbox"/> 未接種確認済 |
| 処理者 | |