

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	(〒 —)		
	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)
依頼する項目に ^{チェック} (☒)をつけてください。 定期予防接種対象疾患 (ワクチン)	●ロタウイルス感染症 (ロタリックス)	☐ 1回目 ☐ 2回目		
	●ロタウイルス感染症 (ロタテック)	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
	●B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
	●Hib感染症	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	●小児の肺炎球菌感染症	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	●五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib)	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	●結核 (BCG)	☐		
	●麻しん・風しん (MR)	☐ 第1期 ☐ 第2期		
	●水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目		
	●日本脳炎 第1期初回	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 第1期追加		
		☐ 第2期		
	●二種混合 (ジフテリア・破傷風)	☐ 第2期		
	●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		
	●RSウイルス感染症	☐		
依頼理由	主治医指示のため・長期里帰りのため・その他 ()			
予防接種医療機関名				
予防接種医療機関 住所・電話番号	(〒 —)		TEL :	
予防接種医名				
滞在先 住所・電話番号	(〒 —)		(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 (写し)	マイナ・運・診・他 ()
被接種者確認書類 (写し)	マイナ・診・他 ()
被接種者住基確認	☐ 住基登録確認済
母子健康手帳 (写し) (予防接種の記録のページ)	☐
被接種者接種履歴確認	☐ 未接種確認済
処理者	