

要注意者 予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

阿見町長宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請いたします。

申請者			
フリガナ		被接種者	本人・母・父・配偶者
申請者氏名		との続柄	その他()
申請者住所			
電話番号			
被接種者			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
被接種者氏名			
被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(同じ場合は以下記載不要) 〒		
予防接種の種類			
↓接種を希望するものにチェックを付けてください。			
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加
ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目(ロタテックの場合)
小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
5種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
BCG	<input type="checkbox"/>		
麻しん風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	
水痘	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 追加	
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期
2種混合	<input type="checkbox"/>		
子宮頸がん(HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
RSウイルス	<input type="checkbox"/>		
その他()	()		
接種予定日	年 月 日(<input type="checkbox"/> 未定)		
実施医療機関	<input type="checkbox"/> 総合病院土浦協同病院 <input type="checkbox"/> 筑波大学附属病院 <input type="checkbox"/> その他()		
担当医師名	(※指示書に記載がある場合は不要)		
申請理由			

【職員記入欄】

- 小児の場合:母子健康手帳の出生届出済証明欄、予防接種の記録の全ページ
- 妊婦の場合:母子健康手帳の表紙、妊娠中の記録の分娩予定日記入欄、予防接種の記録の全ページ
- 医師の指示書(任意様式)