

長久手市長殿

愛知県広域予防接種申請書 (A 類疾病)

申請者住所 長久手市

氏名

電話番号 ー

(※携帯電話等の連絡がつく番号を記入してください)

下記の理由により、市外の医療機関での予防接種実施について申請します。

記

ふりがな	
被接種者氏名	(男 ・ 女)
被接種者生年月日	平成／令和 年 月 日
ふりがな	
保護者氏名	
連絡票及び予診票の送付先 ※希望する送付先の□にレ点を入れて てください	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ <input type="checkbox"/> 下記の住所に送付 (〒 ー 様方)
希望する予防接種の種類 ※希望する予防接種の□にレ点を入れ、回数及び区分に○をつけてください。	
<input type="checkbox"/> ロタウイルス ロタリックスにて 1・2回目 / ロタテックにて 1・2・3回目 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ 初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 4種混合 1期初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 第1・2・3回目 <input type="checkbox"/> 5種混合 1期初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 1期初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 麻しんおよび風しん 第1・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1・2回目 <input type="checkbox"/> 風しん 第1・2期 <input type="checkbox"/> 麻しん 第1・2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回1・2回目・追加・第2期 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん) (サーバリックス・ガーダシル・シルガード) にて 1・2・3回目	
申請理由 ※該当する申請理由 の□にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 1.かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2.長期入院療養 <input type="checkbox"/> 3.里帰り・家庭内暴力等 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
希望する医療機関	医療機関名 () 所在地 () 接種医師については、接種時において愛知県医師会による愛知県広域 予防接種事業協力医師・医療機関名簿に記載された医師とする。
接種予定日	令和 年 月 日 ・ 未定

接種歴確認：□親子(母子)健康手帳 □電算 () 受付担当者：()
 予診票回収：□不要 □回収済 □紛失 □保護者破棄 ()