

令和5年度 予防接種予診票発行申請書

太枠内ご記入ください

令和 年 月 日

子どもの名前	子どもの生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
住所 上牧町	電話番号

必要なものに☑を入れてください

予防接種名	対象 ()は初回標準接種時期
<input type="checkbox"/> 予診票つづり	
<input type="checkbox"/> ヒブワクチン 1回目	生後2か月～5歳未満 (生後2～5か月未満)
<input type="checkbox"/> ヒブワクチン 2回目	
<input type="checkbox"/> ヒブワクチン 3回目	
<input type="checkbox"/> ヒブワクチン 追加	
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目	1歳未満 (生後2～5か月未満)
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン 2回目	
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン 3回目	
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン 追加	
<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン 1回目	生後6週～24週未満 (生後2か月～14週6日)
<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン 2回目	
<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン 3回目	
<input type="checkbox"/> ロタリックス(1価)1回目	生後6週～32週未満 (生後2か月～14週6日)
<input type="checkbox"/> ロタリックス(1価)2回目	
<input type="checkbox"/> ロタリックス(1価)3回目	
<input type="checkbox"/> ロタテック(5価)1回目	生後2か月～7歳6か月未満 (生後2か月～1歳未満)
<input type="checkbox"/> ロタテック(5価)2回目	
<input type="checkbox"/> ロタテック(5価)3回目	
<input type="checkbox"/> 四種混合 4回目	
<input type="checkbox"/> 四種混合 1回目	9歳～13歳未満(小学4年生)
<input type="checkbox"/> 四種混合 2回目	
<input type="checkbox"/> 四種混合 3回目	
<input type="checkbox"/> 四種混合 4回目	
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	1歳未満(生後5～8か月未満)
<input type="checkbox"/> BCG	
<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹混合) I期	1歳～2歳未満
<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹混合) II期	小学校就学前の1年間(年長児)
<input type="checkbox"/> 水痘 初回	1歳～3歳未満 (1歳～1歳3か月未満)
<input type="checkbox"/> 水痘 追加	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 I期1回目	生後6か月～7歳6か月未満 (3歳～4歳未満)
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 I期2回目	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 I期追加	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 II期	9歳～13歳未満(小学4年生)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン 1回目	小学6年～高校1年相当 (中学1年)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン 2回目	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン 追加	
<input type="checkbox"/> その他()	
接種医療機関名	

以下、担当者記入

- 母子手帳で必ず確認:☐ → 健康かるてで確認:☐ → 登録医療機関であるか確認:☐ 発行者()
- 転入者の場合、必ず母子手帳で確認:☐ → 全接種歴記入:☐ → 健康かるて入力:☐