

受付番号

定期

上牧町肺炎球菌居住地外接種申請書

申請日	令和 年 月 日 ※本人以外が申請の場合 申請者( 続柄 )
予防接種名	肺炎球菌予防接種
ふりがな	
氏名	( 男・女 )
生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)
住所	上牧町
電話番号	
依頼先 医療機関・施設名	( 県内・県外 )
依頼理由	
<p>下記に該当することがあれば○をつけてください。</p> <p>1 過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがある いつ受けられましたか( 年 月 日頃 ) 医療機関名( )</p> <p>2 脾臓摘出術を受けた</p> <p>3 発熱(37.5℃以上)が続いている</p> <p>4 現在、急性疾患にかかっている</p> <p>5 放射線、免疫抑制剤等で治療中</p>	
本人確認 <input type="checkbox"/> 接種歴確認 <input type="checkbox"/> 受理者名( )	