

申請者氏名

接種希望 医療機関		所 在 地 医療機関名 代 表 者 名		TEL			
ワクチン種別 及び 接種予定日 ＊希望するものに○を 付けてください。申請で けるのは年度内に接種 できる予防接種です。		B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)			予定日		
		ヒブ 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加					
		小児肺炎球菌 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加					
		五種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加					
		四種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加					
		三種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加					
		二種混合 (DT) 2期					
		BCG					
		水痘 (1回目・2回目)					
		麻しん風しん混合 (MR) 又は麻しん・風しん (第 期)					
		日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加 2期					
		子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)					
		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)					
		高齢者肺炎球菌					
		高齢者带状疱疹 (生ワクチン)					
		高齢者带状疱疹 (不活化ワクチン) (1回目・2回目)					
		被 接 種 者	氏 名	(男 ・ 女)			
生年月日	年 月 日生 (歳 月)						
住民登録住所							
保護者氏名	(続柄)		連絡先電話番号				
	滞 在 先	〒 様方					
依 頼 書 の 宛 名		注) 依頼先医療機関のある自治体の予防接種担当部署に確認のうえ、以下該当するものに○を付けてください。 医療機関の院長 ・ 市区町村長 ☐ 依頼先医療機関のある自治体に確認した。					
依頼書の送付先		滞在先住所 ・ 被接種者住民登録住所 注) 依頼書は依頼先医療機関に提出してください。					
申請理由		ア) 被接種者が・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育等の基礎疾患がある。・接種後2日以内に発熱及び、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった。・過去にけいれん症状があった。・過去に免疫不全の診断がされている。及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる。・過去に結核患者と長期の接触があった。などで、接種の判断を行う際慎重な注意を要するため、主治医の指導下で接種するため。 イ) 母体の産後の健康状態等、保護者の都合により市内に帰省できないため。 ウ) 長期にわたる療養で当該期間に接種できなかった特別の事情がなくなったため。 別紙「医師意見書」を添付 エ) その他 ()					
ア)・ウ) 場合		主治医名		相談日		年 月 日	
健康推進課記入欄		住基・接種履歴・健康かるて・母子手帳		窓口受付		☐ 郵 担当者	