

令和 年 月 日

定期予防接種実施申請書

(あて先) 松江市長

申請者住所

申請者氏名

下記のとおり定期予防接種実施の申請をします。

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	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)			
	高齢者肺炎球菌			
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)				
被 接 種 者	氏 名	ふりがな (男・女)		
	生年月日	年 月 日生 (歳 月)		
	住民登録地			
	保護者氏名	(続柄)	電話番号	
滞 在 先	〒 電話番号			
申請理由	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>別紙「医師意見書」を添付</p> <p>エ) その他 ()</p>			
ア)・ウ) 場合	主治医名	相談日	年 月 日	
支所市民生活課記入欄	住基・接種履歴・健康かるて・母子手帳	受付日・受付者		
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