

予防接種予診票交付申請書（転入・紛失・先渡し・差し替え・任意接種）

下記の予防接種の予診票の発行を希望します。

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------------|----------|
| 申請日 | 令和 年 月 日 | | |
| 予防接種を受ける人 | 生年月日 | 年 月 日（満 歳 か月） | |
| | ふりがな氏名 | | |
| 申請者 <small>（窓口に来た人） *家族以外は、委任状が必要。</small> | 氏名 | | 被接種者との続柄 |
| | 住所・連絡先 | 向日市 | 電話： |
| 接種予定医療機関名 | ※注意 京都府内の委託医療機関以外で予防接種を受ける場合は、ご相談ください | | |

◎ 発行を希望する予防接種の種類（○もしくは枚数を記入してください。）

| 定期接種（予防接種法による） | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------------|----------|------------|-------------|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------|
| BCG | ロタウイルス ワクチン | B型 肝炎 | Hib 感染症 | 小児の 肺炎球菌 | 5種混合 4種混合 DT | 不活化 ポリオ | 水痘 | 麻しん 風しん | 日本脳炎 | | ヒトパピロー マウイルス |
| | | | | | | | | | 定期対象者 | 特例対象 | |
| 枚 | ロタリックス：1価 ロタテック：5価 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 1期 枚 2期 | 枚 | 1回目 2回目 | 1期 2期 | 1期 枚 2期 | 1期 枚 2期 | 枚 |

◎ 親子（母子）健康手帳を見て、「接種済予防接種の状況」を記入してください。 親子手帳写し添付時省略

| ポリオ | 4種混合・5種混合 | 麻しん風しん | 日本脳炎 | Hib感染症 | 小児の肺炎 球菌感染症 | ヒトパピロー ウイルス感染症 |
|-----------------------------------|-----------|--------|-------|--------|----------------|-------------------|
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | BCG | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ジフテリア・破傷風2期 | 水痘 | | B型肝炎 | | | ・ガーダシル |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ロタウイルスワクチン 【ロタリックス(1価)・ロタテック(5価)】 | | | | | | |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

<市処理欄>

親子健康手帳を紛失したため、保護者の記憶により、予診票を発行。

| 発行した予防接種予診票 | 発行方法 | 接種歴確認 | 発行者名 |
|---|--------------|---------------------------------|------|
| BCG | 健康カルテ 手書き | 親子健康手帳 (転入児以外は) 健康カルテ | |
| ロタウイルス(1価・5価) <input type="text"/> 枚 | | | |
| Hib <input type="text"/> 枚 肺炎球菌 <input type="text"/> 枚 | 個人番号 | | |
| 4種混合 <input type="text"/> 枚 B型肝炎 <input type="text"/> 枚 | | | |
| 5種混合 <input type="text"/> 枚 不活化ポリオ <input type="text"/> 枚 | | | |
| MR <input type="text"/> 期 水痘 <input type="text"/> 枚 | | | |
| DT 2期 | | | |
| 日本脳炎<定期対象者> 1期 <input type="text"/> 枚、2期 | | | |
| <特例対象者> 1期 <input type="text"/> 枚、2期 | | | |
| ヒトパピローマ <input type="text"/> 枚 | | | |