

塩竈市予防接種実施依頼書

年 月 日

申込者

住所

氏名

(続柄:)

電話

予防接種法に基づき、塩竈市が実施する予防接種を都合により受けることができないため、委託外医療機関での接種を希望します。

| | | | | | |
|---------------|---|-----|--------|------|------------------|
| 被接種者 | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 塩竈市 | | | |
| 保護者名 | | | 続柄 () | | |
| 滞在先住所 | 〒 - (様方) 電話(日中連絡がとれる番号): - - | | | | |
| 滞在期間 | <input type="checkbox"/> 予定あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未定 | | | | |
| 依頼する 予防接種名 | ※あてはまるものにレ点をつけてください ロタウイルス (ロタリックス) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (ロタテック) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 五種混合 (DPT-IPV-Hib) 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 四種混合 (DPT-IPV) 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 三種混合 (DPT) 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 二種混合 (DT) <input type="checkbox"/> 第2期 麻しん・風しん <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 日本脳炎 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期 BCG <input type="checkbox"/> ヒパピロモウイルス感染症 (サーバリックス・ガーダシル) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (シルガード) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 Hib (ヒブ) 感染症 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加 小児肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | | | | |
| 依頼する理由 | <input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り <input type="checkbox"/> 指定医療機関外にかかりつけ医がいるため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 接種予定日 | 年 月 日 ・ 未定 | | | | |
| 接種予定医療機関等 | 名称 | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |
| | 電話番号 | | | | |

接種後 ヶ月以内に申請して下さい。

塩竈市予防接種実施依頼書の添付貼付台紙
母子健康手帳の下記の部分の写しを貼ってください。

○出生届出済証明

「出生届出済証明」の写しをここに貼って下さい

○予防接種の記録(1)(2)・・・・・・・・・・記載の有無に関わらず全ページを貼って下さい。

のりしろ

「予防接種の記録(1)(2)」の写しをここに貼ってください

塩竈市予防接種実施依頼書の添付貼付台紙
母子健康手帳の下記の部分の写しを貼ってください。

○予防接種の記録(3)(4)(5)・・・記載の有無に関わらず全ページを貼って下さい。

の り し ろ

「予防接種の記録(3)(4)」の写しをここに貼ってください。

の り し ろ

「予防接種の記録(5)」の写しをここに貼って下さい。