定期予防接種予診票兼接種依頼書等交付申請書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者 西尾市

住 所

氏 名

電話番号
(日中連絡先)

下記の者について予診票兼接種依頼書等の交付を申請します。

接種者氏名	生年月日	年 月 日 (歳 か月)			
予診票等 (該当するところに○ を付けてください)	ロタウイルス感染症	1回目	2回目	ロタテックのみ 3回目	
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	/
	小児の肺炎球菌感染症	1回目	2回目	3回目	追加
	ヒブ感染症	1回目	2回目	3回目	追加
	4種混合・5種混合 ※どちらかに○を付けてください	1回目	2回目	3回目	追加
	BCG		/	/	/
	麻しん風しん(MR)	1期	2期	/	/
	水痘	1回目	2回目	/	/
	日本脳炎	1回目	2回目	追加	2期
	ジフテリア破傷風(DT)	2期	/	/	/
	ヒトパピローマウイルス感染症	1回目	2回目	3回目	/
	予防接種個人台帳		/	/	/
理由区分 (該当するところに○ を付けてください)	☐ 紛失 ☐ 汚染・棄損 ☐ 予診のみで接種できなかったため ☐ その他 (具体的に)				
(市処理欄) チェックリスト記入			(受付印)		
発行者がやること (担当:)		チェック者がやること (担当:)			
☐ 母子手帳のコピーをとる ☐ 母子手帳に接種歴がないか確認 ☐ 健康かるての確認 (年齢・接種歴・送付歴) ☐ 予診票に再交付印を押す		☐ 予診票の印字を確認 (氏名・接種回数・接種期限日) ☐ 母子手帳の接種歴がないか確認 ☐ 健康かるてで <u>接種歴がない</u> ことを確認 ☐ 健康かるてで送付歴を確認			