

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)			
		年	月	日	(歳 か月)
予診票等 (再交付する 予防接種の回数に ○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(ジフテリア百日ぜき破傷風ポリオ)	1回目	2回目	3回目	追加
	5種混合(ジフテリア百日ぜき破傷風ポリオ +ヒブ感染症)	1回目	2回目	3回目	追加
	BCG				
	麻疹風しん	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
	2種混合(ジフテリア破傷風)	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)

対象年齢		配布方法	窓口・郵送	(受付印)
母子手帳		ダブルチェック		
健康かるて				