

定期予防接種予診票発行申請書

令和 年 月 日

宇城市長 様

申請者
住所
連絡先
児との続柄

下記のとおり定期予防接種予診票の発行を申請します。

予防接種を受ける者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 才 か月）
保護者氏名		
接種医療機関		
申請理由	転入 ・ 紛失 ・ その他（ ）	
定期予防接種の種類 *当てはまるものを○で 囲んでください	ヒブ(1回・2回・3回・追加)・小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) ロタリックス(1回・2回) ・ ロタテック(1回・2回・3回) B型肝炎(1回・2回・3回) ・ 4種混合(1回・2回・3回・追加) BCG ・ MR1期 ・ MR2期 ・ 水痘(1回・2回) 日本脳炎1期(1回・2回・追加) ・ 日本脳炎2期 2種混合(DT) 子宮頸がん(1回・2回・3回) 5種混合(1回・2回・3回・追加) その他()	

※窓口での予診票への被接種者氏名・生年月日記入（ 済 ・ 未 ）

<保健師・看護師記入欄>

予防接種履歴確認 システム（ 済 ・ 未 ） 母子健康手帳（ 済 ・ 未 ）

B肝発行時 → 母子感染予防（ 該当 ・ 非該当 ）

電話受付日（ ） 電話対応者（ ）

窓口対応者（ ）

備考：