

予防接種依頼申請書

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の理由により、県外医療機関にて予防接種を受けたく、依頼書発行の申請をいたします。

多治見市長 様

申請者住所：多治見市 _____

氏名： _____

記

希望する予防接種の種類と回数 (ワクチンと回数に○を付ける。その他のワクチンの場合は記入) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> ※5種混合ワクチンは従来の4種混合 (DPT-IPV) ワクチンとヒブワクチンが一緒になったワクチンです。原則として過去に接種歴のあるワクチンと同一のワクチンで接種することとなっています。(4種混合は終了) </div>	【子どもの予防接種】		
	<input type="checkbox"/> 5種混合	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> MR	1回目 (1期)	2回目 (2期)
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目	2回目
【おとなの予防接種】			
<input type="checkbox"/> RSウイルス (妊婦)		出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
被接種者	ふりがな 氏 名		
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)	
	住 所	多治見市	
保護者氏名			
昼間連絡が取れる電話番号			
現に居住する場所 (里帰り先など)		〒 _____ (_____ 様方)	
接種予定医療機関名 主治医名		医療機関名： 主治医名：	
医療機関所在地等		〒 _____ TEL _____	
依頼理由			