

令和4年度 予防接種予診票（交付・再交付）受付簿

*太枠内をご記入ください。

ふりがな		ふりがな	
対象者 氏名		保護者 氏名	
住所	国立市	電話 番号	
生年月日	____年____月____日	年齢	満____歳____か月
予防接種の種類（希望する種類・回数に○をつけてください。）		令和4年度の対象年齢（※職員記入欄）	
定期 接種	* Hib（1回目・2回目・3回目・追加）	<input type="checkbox"/> 生後2か月以上5歳未満	
	* 小児の肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加）	<input type="checkbox"/> 生後2か月以上5歳未満	
	* B型肝炎（1回目・2回目・3回目）	<input type="checkbox"/> 1歳未満	
	* ロタウイルス（1回目・2回目・3回目） ※ロタリックスの場合2回目まで	<input type="checkbox"/> 出生6週0日後から 出生24週0日後（ロタリックス）または 出生32週0日後（ロタテック）まで	
	* BCG	<input type="checkbox"/> 生後直後から1歳未満	
	* 四種混合（1回目・2回目・3回目・追加）	<input type="checkbox"/> 生後3か月以上7歳6か月未満	
	* 三種混合（1回目・2回目・3回目・追加）	<input type="checkbox"/> 生後3か月以上7歳6か月未満	
	* 不活化ポリオ（1回目・2回目・3回目・追加）	<input type="checkbox"/> 生後3か月以上7歳6か月未満	
	* 二種混合DT	<input type="checkbox"/> 11歳以上13歳未満	
	* 麻しん及び風しん 第1期	<input type="checkbox"/> 1歳以上2歳未満	
	* 麻しん及び風しん 第2期（就学前）	<input type="checkbox"/> 平成28年4月2日～平成29年4月1日生	
	* 水痘（水ぼうそう）（1回目・2回目）	<input type="checkbox"/> 1歳以上3歳未満	
	* 日本脳炎 第1期（1回目・2回目・追加）	<input type="checkbox"/> 平成19年4月1日以前の生まれで20歳未満 <input type="checkbox"/> 上記以外で、生後6か月以上7歳6か月未満	
	* 日本脳炎 第2期	<input type="checkbox"/> 平成19年4月1日以前の生まれで 9歳以上 20歳未満 <input type="checkbox"/> 上記以外で、 9歳以上 13歳未満	
* 子宮頸がん（2価・4価） （1回目・2回目・3回目）	<input type="checkbox"/> 小学校6年生～高校1年生相当年齢の女子 平成18年4月2日～平成23年4月1日生		
* 子宮頸がんキャッチアップ対象（2価・4価） （1回目・2回目・3回目）	<input type="checkbox"/> 平成9年4月2日～平成18年4月1日生		
申請 理由	*転入 ・ *紛失 ・ *日本脳炎（勸奨対象外） *市外の指定医療機関で希望（ロタウイルス2回目以降） *その他（ _____ ）		

※以下、職員記入欄

確認方法： *母子健康手帳（年齢・住所・接種回数）

*その他（年齢・住所・接種回数： _____）

発行方法： *窓口*その他（ _____年____月____日発行： _____）

受付担当者： _____ ダブルチェック者： _____