

記入例

予防接種予診票 交付申請書

※太枠の中の網かけ部分を記入してください。

子ども健康課郵送用 令和4年4月

| | | | | | | |
|---|-------|-------------------------------------|------|-------------------------------|--|--|
| 該当者氏名 | 徳島 令子 | | 生年月日 | 平成・令和 3年 5月 5日生 (満 1歳 3カ月) | | |
| 徳島市長殿 | | | | 令和 4年 8月 10日 | | |
| 上記のとおり予診票の交付を申請します。重複接種の場合は、費用を自己負担することに同意します。なお、交付対象者であることを確認するため、徳島市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。 | | | | | | |
| ◎申請理由： <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 転入(転入日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| ◎申請者氏名： 徳島 和子 続柄(母) | | | | | | |
| ◎住所： 徳島市沖浜東2丁目16番地 | | | | | | |
| ◎電話番号： 090-0000-0000 (日中連絡がとれる電話・携帯) | | | | | | |
| はい・ いいえ | | ← ①母子健康手帳を持参せず、下記の予防接種を受けたことがありますか? | | | | |
| はい・ いいえ | | ← ②最近2カ月以内に下記の予防接種を受けたことがありますか? | | | | |

【乳幼児(7歳半まで)】

| 種類及び回数 | 接種済 | 交付 | |
|---|-----------|-----|---|
| ロタウイルス (1価:6週0日~24週0日まで) (5価:6週0日~32週0日まで) | 1回目 | | |
| | 2回目 | | |
| | 3回目 | | |
| ヒブ(インフルエンザ菌b型) 接種開始日 H・R 年 月 日 (歳 カ月) | | | |
| ヒブ(インフルエンザ菌b型) (2カ月~5歳未満) | 1回目 | | |
| | 2回目 | | |
| | 3回目 | | |
| | 4回目 | | |
| 小児用肺炎球菌 接種開始日 H・R 年 月 日 (歳 月 日) | | | |
| 小児用肺炎球菌 (2カ月~5歳未満) | 1回目 | | |
| | 2回目 | | |
| | 3回目 | | |
| | 4回目 | | |
| B型肝炎 (1歳未満まで) | 1回目 | | |
| | 2回目 | | |
| | 3回目 | | |
| 四種混合 (3か月~7歳半未満まで) | 1期 | 1回目 | |
| | | 2回目 | |
| | | 3回目 | |
| | 1期追加 | | |
| B C G(1歳未満まで) | | | |
| 麻疹風疹混合 | 1期(1歳代) | | ○ |
| | 2期(就学前年度) | | ○ |
| 水痘 (1歳~3歳未満) | 1回目 | | ○ |
| | 2回目 | | ○ |
| 日本脳炎 (6か月~7歳半未満まで) | 1期 | 1回目 | ○ |
| | | 2回目 | ○ |
| | 1期追加 | | ○ |

・1価(ロタリックス) ⇒2回
 ・5価(ロタテック) ⇒3回
 ⇒初回は15週0日までに接種を完了することが望ましい。
 ⇒原則は同じワクチンを接種。
 転入等でやむを得ずワクチンを変更する場合 1価1回のみ接種 ⇒5価2回
 5価1回のみ接種 ⇒1価2回
 5価2回のみ接種 ⇒1価1回

接種開始年齢⇒接種回数
 ・2~7カ月に至るまで⇒4回 ⇒2・3回目は、1歳まで。1歳を超えたら追加接種(4回目)のみ交付
 ・7カ月~1歳に至るまで⇒3回 ⇒2回目は、1歳まで。1歳を超えたら追加接種(3回目)のみ交付

接種開始年齢⇒接種回数
 ・2~7カ月に至るまで ⇒4回
 ⇒2・3回目は、2歳まで。2歳を超えたら、追加接種(4回目)のみ交付
 ⇒2回目が1歳を超えるなら、3回目はできない。2回目と追加接種(4回目)を交付
 ・7~12カ月に至るまで ⇒3回
 ⇒2回目は2歳まで。2歳を超えたら追加接種(3回目)のみ交付
 ・1歳~2歳に至るまで ⇒2回
 ・2歳~5歳に至るまで ⇒1回

【学童期(7歳半以降)】

| 種類及び回数 | 接種済 | 交付 |
|------------------------------------|-----|----|
| 日本脳炎 2期 | | |
| 二種混合(DT) (小学6年5月通知) | | |
| ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防) | 1回目 | |
| | 2回目 | |
| | 3回目 | |

9~13歳未満

11~13歳未満

※特例①：平成7年4月2日~平成19年4月1日生(20歳未満)
 ※特例②：平成19年4月2日~平成21年10月1日生(9歳~13歳未満)

| 種類及び回数 | 接種済 | 交付 | |
|---------------|-------------|-----|--|
| 日本脳炎特例 | 1期 | 1回目 | |
| | | 2回目 | |
| | 1期追加 | | |
| | 2期(9歳以上が対象) | | |

ひまわりっこ手帳(上記の予診票)

交付希望の種類に○をつけてください。
 接種対象期間内のものに限って、交付できます。

該当者個人コード

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> 予防接種の記録コピー | 処理者 |
| <input type="checkbox"/> オフコンで生年月日にて接種歴を確認! | |