

様式第1号

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

入院先医療機関における定期予防接種実施申請書

このことについて、入院中のため、指定医療機関において予防接種を受けることができないため、下記のとおり予防接種の実施をお願いします。

被接種者 (予防接種を受ける人)	フリカ`ナ		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	氏 名	(□男・□女)		(満 歳 か月)	
	住民登録住所	〒 - 区			
申請者	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (本人申請は18歳以上) (被接種者との続柄)			
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 -			
	電 話 番 号	- -			
希望する 予防接種 ☑を入れて ください	ロ タ ウ イ ル ス	ロタリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	※医療機関に種類を確認	ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	B 型 肝 炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	小 児 肺 炎 球 菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	五 種 混 合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	B C G	<input type="checkbox"/> B C G			
	麻 し ん ・ 風 し ん (MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
	水 痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	日 本 脳 炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 2期			
	二 種 混 合 (D T)	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)			
	子 宮 頸 がん (シルガード9)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	ヒ ブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	三 種 混 合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	不 活 化 ポ リ オ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
R S ウ イ ル ス	<input type="checkbox"/> RSウイルス→申請日時点の妊娠週数()週				
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の1ページ目 (出生届出済証明の記載がある箇所) ※母子健康手帳の再発行等により「出生届出済証明」に記載がない場合は、 母子健康手帳の表紙 (子の氏名が記載されていること) を添付してください。 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種の記録 (1) ~ (5)				

《医師意見書》

入院開始日	年 月 日
入院事由	
退院予定	あり (退院予定 年 月頃) ・ 未定
上記の者は、当医療機関における入院患者であり 当医療機関において予防接種を実施することが適当であると判断いたします。	
医療機関所在地	
医療機関名称	
医 師 名	