

特別の理由による予防接種再接種実施申請書

(宛先) 名古屋市長

骨髄移植手術その他の医療行為により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師に判断された者に対する任意予防接種実施要領第6条の規定に基づき、次のとおり予防接種の実施を申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、名古屋市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名	(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	月日	<input type="checkbox"/> 令和	(満	歳	か月)
住民登録 住所	〒	-					
	住所	区					
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 上記に同じ (本人申請は18歳以上) (被接種者との続柄)					
	住所	<input type="checkbox"/> 上記に同じ 〒 -					
	電話番号	- -					
希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回)						
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回)						
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・インフルエンザ [®] 菌b型(DPT-IPV-Hib) (回)						
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR) (回)						
	<input type="checkbox"/> 水痘 (回)						
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回)						
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風(DT) (回)						
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(シルガード9) (回)						
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib) (回)						
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風(DPT) (回)						
<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ポリオ) (回)							
接種 医療機関	医療機関名						
	所在地						
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書(第2号様式) <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)						

(保健センター収受印)