

特別の理由による予防接種再接種実施申請書

(あて先) 名古屋市長

申請書 (保護者等)

住 所 _____

氏 名 _____

(被接種者との続柄 _____)

電話番号 _____

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	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 名古屋市 区
	(ふりがな) 氏 名	(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
接 種 を 希 望 す る 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (DPT-IPV) (回)	
	<input type="checkbox"/> 急性急性灰白髄炎 (ポリオ) (回)	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR) (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"/> インフルエンザ菌 b 型 (Hib) (回)	
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回)	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (回)	
	<input type="checkbox"/> 水 痘 (回)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回)	
<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT) (回)		
接 種 医 療 機 関	医療機関名	
	所在地	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 (第2号様式)	
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種記録が記載されているページ等の写し	

(保健センター収受印)