

(様式第1号)

ボールペンで太枠線内に記入してください。

予防接種実施申込書(報告書) 【同時接種用】

↑	申込年月日(接種年月日)				予防接種手帳交付番号						(幼稚園・保育園、小・中学校の場合は名称)			整理番号 (堺市記入欄)																									
	令和	11	12	13	14	15	16	日	手帳番号	45	46	47	48	49	50	51	学校園名	学校・園	年	5	9																		
保	種	受	フリガナ	17						36	37	1	男	住所	堺市 区		Tel ()	91	95	96	99	100	103																
			氏名							2	女																												
護	種	受	生年月日	4	平成	39	40	41	42	43	44	日生(歳 か月)	保護者氏名																										
者	記	入	欄	↓	医療	機	関	記	入	欄	↓	受ける		123	DPT-IPV	124	125	126	127	1期初回	1	2	3	回目	1期追加	61	日本脳炎	1期初回	62	63	1	2	回目	1期追加	64	2期	65		
												予防接種の種類		52	DPT	54	55	56	57	1期初回	1	2	3	回目	1期追加	66	DT												
												内に○印を記入してください。		53	三種混合 又は DT											104	子宮頸がん	105	106	107	1	2	3	回目					
														118	DT											108	ヒブ	109	110	111	1	2	3	回目	112	追加			
														58	二種混合											113	小児用肺炎球菌	114	115	116	1	2	3	回目	117	追加			
														67	ポリオ(不活化)											134	B型肝炎	135	136	137	1	2	3	回目					
														70	麻しん・風しん混合	59	1期	60	2期																				
														70	麻しん(はしか)	68	1期	69	2期																				
		70	風しん	71	1期	72	2期																																
		131	水痘(みずぼうそう)	132	1	133	2	回目																															
		73	LotNo.	73	82	LotNo.	73	82	接種を見合わせた場合、右記枠内に○印をご記入ください。		接種見合わせ(不可)		183																										
		73	LotNo.	73	82	LotNo.	73	82	見合わせた理由に○印をご記入ください。該当理由がない場合、その他に症状をご記入ください。		1. 体調不良 2. 発熱 3. 瘰れん 4. 4週間以内に生ワクチン接種 5. 1か月以内に病気 6. その他 ()																												
		73	LotNo.	73	82	LotNo.	73	82	上記のとおり予防接種を実施したので報告します。		医療機関コード番号	84	No. 63-0, 071, 6		90																								
		医療機関名 医療法人柊棕会 いしいこどもクリニック																																					
		接種医師名 理事長 石井 武文																																					
		この報告書は様式第4号に添付し実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。																																					