

# 予防接種実施申込書(報告書)

ボールペンで太枠線内に記入してください。

|   |   |                        |  |                                 |            |    |                             |       |               |                       |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
|---|---|------------------------|--|---------------------------------|------------|----|-----------------------------|-------|---------------|-----------------------|-------------|-------------|-----------------|----|----|-------|--------|-----|---|----|----|
| ↑ | 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<br>(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    | 5      | 9   |   |    |    |
| 保 | 接種を受ける方   | フリガナ                   | 17   |                                 |            |    |                             | 36    | 37            | 1                     | 男           | 住所          | 堺市 区            |    | 91 | 95 96 | 99 100 | 103 |   |    |    |
|   |   | 氏名                     |  |                                 |            |    |                             | 2     | 女             | Tel ( )               |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
| 護 | 生年月日  | 4                      | 平成   | 39                              | 40         | 41 | 42                          | 43    | 44            | 日生( 歳 か月)             | 保護者氏名       |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
|   |   | 5                      | 令和   |                                 |            |    |                             |       |               |                       |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
| 者 | 受ける<br>予防接種の種類  | 内に○印<br>を記入して<br>ください。 | 123  | DPT-IPV<br>四種混合                 | 1          | 2  | 3                           | 回目    | 127           | 1                     | 追加          | 61          | 日本脳炎            | 1  | 2  | 回目    | 64     | 1   | 2 | 追加 | 65 |
|   |   |                        | 52   | DPT<br>三種混合<br>又は<br>DT<br>二種混合 | 1          | 2  | 3                           | 回目    | 57            | 1                     | 追加          | 66          | DT<br>二種混合 2期   |    |    |       |        |     |   |    |    |
|   |   |                        | 118  | ポリオ<br>(不活化)                    | 1          | 2  | 3                           | 回目    | 122           | 1                     | 追加          | 104         | 子宮頸がん           | 1  | 2  | 3     | 回目     |     |   |    |    |
|   |   |                        | 58   | 麻しん・風しん混合                       | 59         | 1  | 60                          | 2     | 期             | 108                   | ヒブ          | 1           | 2               | 3  | 回目 | 112   | 追加     |     |   |    |    |
|   |   |                        | 67   | 麻しん(はしか)                        | 68         | 1  | 69                          | 2     | 期             | 113                   | 小児用<br>肺炎球菌 | 1           | 2               | 3  | 回目 | 117   | 追加     |     |   |    |    |
|   |   |                        | 70   | 風しん                             | 71         | 1  | 72                          | 2     | 期             | 134                   | B型肝炎        | 1           | 2               | 3  | 回目 |       |        |     |   |    |    |
|   |   |                        | 131  | 水痘<br>(みずぼうそう)                  | 132        | 1  | 133                         | 2     | 回目            | 138                   | ロタ          | 1           | 2               | 3  | 回目 |       |        |     |   |    |    |
|   |   |                        | 143  | DPT-IPV<br>五種混合                 | 144        | 1  | 145                         | 2     | 3             | 回目                    | 147         | 1           | 追加              |    |    |       |        |     |   |    |    |
| 入 | (予防接種の種類と<br>該当する回数等に<br>○印を記入してく<br>ださい)                           |                        |  |                                 |            |    |                             |       |               |                       |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
|   |   |                        |  |                                 |            |    |                             |       |               |                       |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
| 欄 | 接種の場合は<br>シールを貼って<br>ください。<br>見合わせた場<br>合は該当箇所に<br>○印を記入して<br>ください。 | 適 応                    | 接種 LotNo.                                      | 73                              | 接種見合わせ(不可) | 83 | 上記のとおり予防接種を実施したので<br>報告します。 |       | 医療機関<br>コード番号 |                       | 84          | 63-0, 071,6 |                 | 90 |    |       |        |     |   |    |    |
|   |   | 接種を見合<br>わせた理由         | 1. 体調不良 2. 発熱 3. 瘰れん 4. 1か月以内に病気<br>5. その他 ( ) |                                 |            |    |                             | 医療機関名 |               | いいいこどもクリニック           |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |
| ↓ | 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。                             |                        |  |                                 |            |    |                             | 接種医師名 |               | 石井 武文                 |             |             |                 |    |    |       |        |     |   |    |    |