

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	接種を受ける方	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	生年月日	38	4	平成	39	40	41	42	43	44	日生( 歳 か月)	保護者氏名																						
者 記 入 欄	受ける 予防接種の種類  内に○印を記入してください。	123	DPT-IPV 四種混合	1期初回	124	125	126	回目	127	1期追加	61	日本脳炎	1期初回	62	63	回目	64	1期追加	65	2期														
		52	DPT 三種混合 又は	1期初回	54	55	56	回目	57	1期追加	66	DT 二種混合2期																						
		53	DT 二種混合																															
		118	ポリオ (不活化)	1期初回	119	120	121	回目	122	1期追加	104	子宮頸がん	105	106	107	回目																		
		58	麻しん・風しん混合	59	1期	60	2期	108	ヒブ	109	110	111	回目	112	追加																			
		67	麻しん(はしか)	68	1期	69	2期	113	小児用 肺炎球菌	114	115	116	回目	117	追加																			
		70	風しん	71	1期	72	2期	134	B型肝炎	135	136	137	回目																					
		131	水痘 (みずぼうそう)	132	1	133	2	回目	138	ロタ	139	140	141	回目																				
医 療 機 関 記 入 欄	行った予防接種のLotNo シールを貼ってください。	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)				83																		
		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 ( )																						
		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																		
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。												医療機関名		いしいこどもクリニック				接種医師名		石井武文														