

予防接種実施依頼書申請受付用紙（長期入院用）

お子さんの氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	年 月 日
入院予定期間	～	
接種予定の ワクチン及び回数 （予防接種の種類 に <input type="checkbox"/> を、回数に マルをつけてく ださい。）	<input type="checkbox"/> 生後6か月までの間に受けられる予防接種すべて	
	※一部のワクチン・回数の場合は、以下に <input type="checkbox"/> 及びマルをつけてください。	
	<input type="checkbox"/> 五種混合（DPT-IPV-Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> B C G	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目） 1期追加・2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）2期	
<input type="checkbox"/> HPV（子宮頸がん予防）	1回目・2回目・3回目	
住所	〒 千代田区	
保護者氏名	電話番号	
入院先医療機関	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
実施依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 自宅（千代田区住所） <input type="checkbox"/> 里帰り先住所	
千代田区予診票の発行	<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 千代田区の自宅に送付希望 <input type="checkbox"/> 里帰り先に送付希望） <input type="checkbox"/> 不要	

【区処理欄】

備考				
受付日	受信者	住基確認	依頼書発送日	処理者
里帰り先自治体 予防接種担当	所管課： 電話番号：			
実施依頼書宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛て <input type="checkbox"/> 接種医療機関宛て			

平成 26 年 2 月 12 日作成
令和 6 年 4 月 1 日最終修正