

## 予防接種実施依頼書申請受付用紙（里帰り用）

お子さんの氏名 <small style="font-size: small;">ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
※ご兄弟が同行する場合	今回生まれるお子さんのご出産(予定)日: 年 月 日		
里帰り先滞在予定期間	～		
接種予定のワクチン及び回数 (予防接種の種類に <input checked="" 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		
	<small>※一部のワクチン・回数場合は、以下に<input checked="" type="checkbox"/>及びマルをつけてください。</small>		
	<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"/> BCG		
	<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	
里帰り先住所	〒 都道府県 市区町村 ( ) 方 電話番号:		
接種医療機関	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