

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 ^{ふりがな}		生年月日	年 月 日
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
接種予定の ワクチン・回数 （予防接種の種類 にチェック✓を、回 数にマル○をつけ てください。）	<input type="checkbox"/> 五種混合	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"/> 三種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	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）	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"/> 一時滞在先（宛先：〒)		
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"/> 一時滞在先に送付希望） <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
接種先自治体 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 8 年 4 月 1 日最終修正