

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"/> 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 8 年 4 月 1 日 最終修正