

要注意者  
 長期療養者

予防接種依頼書交付申請書

(1) 被接種者

フリガナ  
氏名

〒 -  
住 所 つくば市

電話番号  
(日中つながる番号)

生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)

(2) 予防接種の種類 (希望する接種項目に○を付けてください。)

予 防 接 種 の 種 類	ロタ	1回目	2回目	3回目	
	ヒブ	初回	(1回目・2回目・3回目)		追加
	小児用肺炎球菌	初回	(1回目・2回目・3回目)		追加
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	四種混合	1期初回	(1回目・2回目・3回目)		1期追加
	三種混合	1期初回	(1回目・2回目・3回目)		追加
	不活化ポリオ	1期初回	(1回目・2回目・3回目)		追加
	BCG				
	麻しん風しん(MR)	1期	2期		
	水痘	1回目	2回目		
	日本脳炎	1期初回	(1回目・2回目)		1期追加 2期
	二種混合2期				
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	
	高齢者インフルエンザ				
高齢者肺炎球菌					

(3) 接種予定日

年 月 日 頃  
予 約 予約済み ・ 予約未

(4) 実施医療機関 (該当する医療機関に○を付けてください)

- 1 総合病院土浦協同病院
- 2 筑波大学附属病院
- 3 JAとりで総合医療センター
- 4 県立こども病院
- 5 筑波メディカルセンター病院
- 6 その他 ( )

(5) 紹介医師名又は指示書を発行した医師名

上記のとおり、予防接種依頼書の交付を申請します。

年 月 日

つくば市長 宛て

〒 -  
申請者住所

申請者氏名

被接種者との続柄 ( )

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の出生届出済証明欄 (P1)、全ての予防接種の記録のページ (P.50~54あたり) の写し <small>※母子健康手帳によってページ数が異なる場合があります。予防接種を何も受けていなくても必要です。                  海外出生で母子健康手帳がない場合は、接種記録が分かるもの。                  高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌を接種する方、子宮頸がん予防接種の接種済証をお持ちの方は不要です。</small>
	<input type="checkbox"/> 医師の紹介状の入った封筒両面の写し <small>※要注意者で、実施医療機関宛ての紹介状を持参した場合のみ。紹介状の封は開けずに写しを取り、申請者へ返却すること。</small>
	<input type="checkbox"/> 医師の指示書 (任意様式) ※要注意者の場合のみ
	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 (様式第1号) ※長期療養者の場合のみ
■窓口受付処理欄■ 桜・谷・大・健・郵 (受付者: ) 宛番号 ( )	