

予防接種問い合わせ記録表 令和7年6月15日

- ・ 予防接種に関する問い合わせにつきましては、記録表に記入をしていただきつづば市健康増進課へメールにてお送りください。メールが困難な医療機関については、FAXにてお送りください。
 - ・ 問い合わせ内容につきましては、メールまたはFAXにて回答いたします。
- ★急ぎの場合は、問い合わせ記録表を送信後電話にてご連絡ください。

< 医療機関名を記載してください。 >

医療機関名	〇〇〇クリニック	担当者名	〇〇〇
電話番号/FAX	TEL 029-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX 029-△△△-△△△△	

< 問い合わせ内容を下記に記載してください。 >

被接種者	西暦 2024 年 5 月 1 日 (1 歳 1 か月)				
問い合わせ内容	接種スケジュール ・ その他 ()				
問い合わせ ワクチン * 複数の場合は右記に記載	種別	ロタ・五混・肺球・B肝・BCG・MR・水痘・日脳・二混・HPV その他 (四混とヒブで接種開始していた方の交互接種について)			
	接種歴	1回目	2回目	3回目	4回目
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	接種時年齢	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月

【問い合わせの具体的な内容】

生後6か月でヒブと四種混合1回目を接種、生後11か月でヒブと四種混合2回目を接種した方。ヒブは初回3回を1歳になる前までに接種しなければなりません、1歳を過ぎてしまいました。この場合、ヒブと四種混合3回目と4回目の接種は五種混合に切り替えて接種して良いのでしょうか。

※詳細がわかるよう、具体的に記載してください。

【問合せ先】 つくば市健康増進課 感染症対策係
TEL:029-883-1111(代表)/FAX:029-868-7535
e-mail:wef050@city.tsukuba.lg.jp

※問い合わせワクチン種別が複数にわたる場合などは、下記該当ワクチン欄に接種日を記入ください。

種類		接種日	備考
ロタ	1 回目	年 月 日	1 価 ・ 5 価
	2 回目	年 月 日	1 価 ・ 5 価
	3 回目	年 月 日	1 価 ・ 5 価
五種混合	I 期初回- 1 回目	年 月 日	
	I 期初回- 2 回目	年 月 日	
	I 期初回- 3 回目	年 月 日	
	I 期追加	年 月 日	
B 型肝炎	1 回目	年 月 日	
	2 回目	年 月 日	
	3 回目	年 月 日	
小児肺炎球菌	1 回目	年 月 日	13 価 ・ 15 価 ・ 20 価
	2 回目	年 月 日	13 価 ・ 15 価 ・ 20 価
	3 回目	年 月 日	13 価 ・ 15 価 ・ 20 価
	追 加	年 月 日	13 価 ・ 15 価 ・ 20 価
BCG		年 月 日	
麻しん風しん	I 期	年 月 日	
	II 期	年 月 日	
水痘	1 回目	年 月 日	
	2 回目	年 月 日	
日本脳炎	I 期初回- 1 回目	年 月 日	
	I 期初回- 2 回目	年 月 日	
	I 期追加	年 月 日	
	II 期	年 月 日	
二種混合	II 期	年 月 日	
ヒトパピローマ ウイルス	1 回目	年 月 日	2 価 ・ 4 価 ・ 9 価
	2 回目	年 月 日	2 価 ・ 4 価 ・ 9 価
	3 回目	年 月 日	2 価 ・ 4 価 ・ 9 価
おたふくかぜ	1 回目	年 月 日	
ヒブ	1 回目	2024 年 11 月 1 日	
ヒブ	2 回目	2025 年 4 月 15 日	
四種混合	1 回目	2024 年 11 月 1 日	
四種混合	2 回目	2025 年 4 月 15 日	
		年 月 日	