

様式第 7 号（第 7 条関係）

春日部市予防接種等依頼書（A 類疾病定期接種・再接種・任意接種・風しん抗体検査）交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者

下記のとおり、春日部市予防接種等依頼書の交付を申請します。

記

予防接種等 を受ける人	現住所	春日部市		電話番号	
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
保護者氏名			年 齢	歳 か月	
種 類	1	ロタウイルス	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目（1 価は 3 回目不要）		
	2	B 型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
	3	ヒブ	初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ） ・ 追加		
	4	小児用肺炎球菌	初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ） ・ 追加		
	5	5 種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加		
	6	4 種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加		
	7	3 種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加		
	8	2 種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目） ・ 1 期追加 ・ 2 期		
	9	不活化ポリオ	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加		
	10	B C G			
	11	麻しん	1 期 ・ 2 期		
	12	風しん	1 期 ・ 2 期 ・ 5 期（抗体検査・予防接種）		
	13	麻しん風しん混合	1 期 ・ 2 期 ・ 5 期		
	14	水痘（小児）	1 回目 ・ 2 回目		
	15	日本脳炎	1 期初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ） ・ 1 期追加 ・ 2 期		
	16	ヒトパピローマ ウイルス（H P V）	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
	17	带状疱疹	1 回目 ・ 2 回目（生ワクチンは 1 回、不活化ワクチンは 2 回）		
接種等の別		A 類疾病定期接種 ・ 再接種 ・ 任意接種 ・ 風しん抗体検査			
理 由		1 保護者の里帰りのため 2 長期入院しているため 3 かかりつけ医が春日部市個別予防接種実施医療機関以外のため 4 施設に入所しているため 5 その他（ ）			
予防接種等依頼先 ※該当欄に○印		埼玉県立小児医療センター			
		他市町村（		都道府県	区市町村）
		その他（ ）			
備 考					

送付先（現住所と異なる場合にご記入ください。）

氏名：

被接種者等との関係：

住所：

電話番号：（ ）