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

<table>
<tr><td rowspan="3">予防接種等を受ける人</td><td>現住所</td><td colspan="2">春日部市</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保護者氏名</td><td colspan="2"></td><td>年　齢</td><td>歳　　か月</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="17">種　類</td><td colspan="4">1　ロタウイルス　　１回目 ・ ２回目 ・ ３回目（１価は３回目不要）</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　Ｂ型肝炎　　１回目 ・ ２回目 ・ ３回目</td></tr>
<tr><td colspan="4">3　ヒブ　　初回（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ） ・ 追加</td></tr>
<tr><td colspan="4">4　小児用肺炎球菌　　初回（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ） ・ 追加</td></tr>
<tr><td colspan="4">5　５種混合　　１期初回（１回目 ・ ２回目 ・ ３回目） ・ １期追加</td></tr>
<tr><td colspan="4">6　４種混合　　１期初回（１回目 ・ ２回目 ・ ３回目） ・ １期追加</td></tr>
<tr><td colspan="4">7　３種混合　　１期初回（１回目 ・ ２回目 ・ ３回目） ・ １期追加</td></tr>
<tr><td colspan="4">8　２種混合　　１期初回（１回目 ・ ２回目） ・ １期追加 ・ ２期</td></tr>
<tr><td colspan="4">9　不活化ポリオ　　１期初回（１回目 ・ ２回目 ・ ３回目） ・ １期追加</td></tr>
<tr><td colspan="4">10　ＢＣＧ</td></tr>
<tr><td colspan="4">11　麻しん　　１期 ・ ２期</td></tr>
<tr><td colspan="4">12　風しん　　１期 ・ ２期 ・ ５期（抗体検査・予防接種）</td></tr>
<tr><td colspan="4">13　麻しん風しん混合　　１期 ・ ２期 ・ ５期</td></tr>
<tr><td colspan="4">14　水痘（小児）　　１回目 ・ ２回目</td></tr>
<tr><td colspan="4">15　日本脳炎　　１期初回（ １回目 ・ ２回目 ）　・ １期追加 ・２期</td></tr>
<tr><td colspan="4">16　ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）　　１回目 ・ ２回目 ・ ３回目</td></tr>
<tr><td colspan="4">17　帯状疱疹　　１回目 ・ ２回目（生ワクチンは１回、不活化ワクチンは２回）</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種等の別</td><td colspan="4">A類疾病定期接種　・　再接種　・　任意接種　・　風しん抗体検査</td></tr>
<tr><td colspan="2">理　　由</td><td colspan="4">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　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">予防接種等依頼先
※該当欄に○印</td><td></td><td colspan="3">埼玉県立小児医療センター</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">他市町村（　　都道府県　　区市町村）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">その他　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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：　　（　　）