

広域予防接種連絡票

【 県内接種 県外接種 】

下記の理由により、一宮市内の医療機関で予防接種を受けることができないので広域での予防接種を申請します。

※太枠内を記入してください

申請日 令和 年 月 日

住所	〒 ー 一宮市		TEL ー ー
	里帰り等で住民登録地以外に滞在の場合記入 世帯主 〒 ー 滞在先		TEL ー ー
フリガナ	フリガナ	生年月日	
保護者氏名	*被接種者が16歳未満のみ記入 被接種者氏名	性別：男・女	H・R 年 月 日 (満 歳 か月)
備考	① 予防接種法に定められた以外の接種方法や、本連絡票有効期限外での接種については、自己負担が発生することがあります。 ② 予防接種の安全確保のため予防接種終了後の予診票は、一宮市に提出され保管されます。 (<input type="checkbox"/> 上記①、②の件について同意します)		
希望市町村	希望する医療機関名	接種担当医(分かっている範囲で)	

※希望するワクチン■項目の接種をお願いします。接種後に接種日をご記入ください。

希望する 予防接種 (医療機関 は接種日 を記入)	ロタウイルス(ロタリックス) 【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)】
	ロタウイルス(ロタテック) 【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)】
	小児用肺炎球菌【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)・ <input type="checkbox"/> 追加(/)】
	Hib【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)・ <input type="checkbox"/> 追加(/)】
	B型肝炎 【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)】
	結核(BCG) <input type="checkbox"/> (/)
	4種混合【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)・ <input type="checkbox"/> 追加(/)】
	2種混合 <input type="checkbox"/> (/)
	麻しん風しん混合(MR) 【 <input type="checkbox"/> 第1期(/)・ <input type="checkbox"/> 第2期(/)】
	水痘 【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)】
	日本脳炎【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 第1期追加(/)・ <input type="checkbox"/> 第2期(/)】
	子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル)【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)】
	子宮頸がん(シルガード9)【 <input type="checkbox"/> 1回目(/)・ <input type="checkbox"/> 2回目(/)・ <input type="checkbox"/> 3回目(/)】
麻しん 【 <input type="checkbox"/> 第1期(/)・ <input type="checkbox"/> 第2期(/)】	
風しん 【 <input type="checkbox"/> 第1期(/)・ <input type="checkbox"/> 第2期(/)】	
医療機関 様へ	○予診票の使用ワクチン名欄には、必ずワクチンロットシールを貼付してください。 ○予防接種実施規則に反した接種方法の取り扱い 規則に反した接種方法で実施したことは間違い報告書を提出してください。また委託料は支払いません。
有効期限	本連絡票は 令和 年 月 日まで有効です。 ただし、ロタリックスは 令和 年 月 日まで ロタテックは 令和 年 月 日まで 一宮市長 中野 正康 印

【被接種者の保護者様へ】

- 本連絡票に記載の情報は、予防接種広域化事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 一宮市から転出した場合は、この連絡票は無効になります。
- 転出後の予防接種代金は全額自己負担になりますのでご注意ください。
- 転出後の予防接種は、転出先の市町村とご相談ください。
- 13歳以上16歳未満の者が1人で接種を受ける場合、予診票裏面に保護者自署が必要です。
- 医療機関に持って行くもの

・愛知県広域予防接種連絡票 ・予診票 ・母子健康手帳※ ・子ども医療受給者証(中学生までの方)

・委任状(祖父母等保護者以外が同伴する場合)

※子宮頸がんキャッチアップ接種の対象者については、母子健康手帳がない方には、同封の接種済証へ記録をお願いします。

問い合わせ
一宮市保健所保健予防課
予防接種担当 TEL 0586-52-3854