

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

(あて先) 一 宮 市 長

下記の理由により、一宮市が契約している医療機関で予防接種を受けることができないので、契約外医療機関での予防接種を申請します。

※ 太枠内をご記入ください。

住 所	〒 一宮市	電 話 番 号 () -
	里帰り等で住民登録地以外に滞在の場合 〒 (代表または世帯主氏名:)	電 話 番 号 () -
申 請 者 氏 名	被 接 種 者 氏 名	生 年 月 日
フリガナ	フリガナ (男・女)	H・R 年 月 日 (満 歳 か 月)
【同意事項】	<input type="checkbox"/> 安全性確保のため、予防接種終了後の予診票は一宮市に提出され、保管することに同意します。 <input type="checkbox"/> 診察により接種を見合わせた場合の費用は自己負担になることに同意します。	
希 望 す る 市 町 村	希 望 す る 医 療 機 関 名	電 話 番 号 () -
医療機関 住 所		

※ 該当する項目の□にレで記入する。

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 重篤な疾患による通院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> 保護者同伴あり (同伴できない場合の理由:) <input type="checkbox"/> 予防接種委任状 <input type="checkbox"/> 入所時の包括的同意書	
	予 防 接 種 の 種 類	回 数
希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (<input type="checkbox"/> ロタリックス)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (<input type="checkbox"/> ロタテック)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 追
	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 追
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 結核(BCG)	
	<input type="checkbox"/> (2種・3種・4種)混合 (<input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 追
	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 追
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん (<input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 追 <input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん) (<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん) (<input type="checkbox"/> シルガード9)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3