

予防接種予診票交付申請書

住 所	昭島市	転入年月日
保護者氏名		年 月 日
電 話	続柄 ()	お子さまの予防接種についてお問合せできるかたの 電話番号をお書きください

* 母子手帳等を参考に、お子さまがこれまで受けた予防接種の接種日を以下に記入してください *

お子さまのお名前		①	②	③
お子さまの生年月日		H 年 月 日 R	H 年 月 日 R	H 年 月 日 R
以前昭島市に住んでいた ことがありますか		ある ・ ない	ある ・ ない	ある ・ ない
ヒブ ※五種混合 を接種してい る場合はヒブ も含まれます	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	追加	年 月 日	年 月 日	年 月 日
小児用 肺炎球菌	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	追加	年 月 日	年 月 日	年 月 日
B型肝炎	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
四種混合 ・ 五種混合 ↑ 該当する 接種に○	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	追加	年 月 日	年 月 日	年 月 日

↓ 市役所記入欄 ↓

予防接種手帳番号			
窓受・郵受(/)	窓渡・送付(/)	入力(/)	受付サイン

お子さまのお名前		①	②	③
ロタ リックス (1 価)	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ロタ テック (5 価)	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
B C G		年 月 日	年 月 日	年 月 日
水痘	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
麻しん 風しん混合 (MR)	1 期	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 期	年 月 日	年 月 日	年 月 日
日本脳炎 I 期	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	追加	年 月 日	年 月 日	年 月 日
三種混合	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	追加	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ポリオ [注射] ・ [経口]	1 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	追加	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※ポリオを接種している場合は「注射」と「経口」のどちらかに○を付けてください

※四種混合ワクチンは「三種混合＋ポリオ」です。四種混合もしくは五種混合を接種しているかたは、三種混合およびポリオの欄は記入不要です

《送り先》 〒196-0015 昭島市昭和町4－7－1 保健福祉センター健康課 宛