

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 方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んがこれまで受けた予防接種の接種日を記入してください。

お子さんの名前		①	②	③
お子さんの生年月日		H R 年 月 日	H R 年 月 日	H R 年 月 日
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 ワクチン	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	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

お子さんの名前		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
BCG		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 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
	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

<<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
--