

河南町予防接種依頼書交付申請書

河南町長 様

年 月 日

申請者（保護者・代理人）

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

河南町の指定する医療機関で予防接種を受けることができないため、予防接種依頼書の交付をお願いします。

記

1. 被接種者

ふりがな 氏名		性別	男・女
住所	河南町		
生年月日	年 月 日(満 歳 か月)		

2. 接種を希望する予防接種の種類と接種区分

※子どもの予防接種の場合は、接種予定医療機関にて接種スケジュールを相談してから申請してください。

<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目・追加)
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目・追加)
<input type="checkbox"/> BCG	
<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合)	1期・2期
<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期
<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目・追加)・2期
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)サーバリックス・ガーダシル	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)シルガード9	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 経口弱毒生ヒト rotaウイルスワクチン(ロタリックス)	1回目・2回目
<input type="checkbox"/> 5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(ロタテック)	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌	

3. 指定医療機関で接種を受けられない理由

1. 身体的事情により指定医療機関以外の主治医の判断を要するため 2. 家庭事情により町外に滞在しているため 3. 指定医療機関以外の病院、施設に入院、入所しているため 4. その他(具体的に _____ )
---

4. 接種医療機関等

名称 _____	所在地 _____
電話番号( _____ )	

5. 滞在地(上記住所と異なる場合)

名称 _____	所在地 _____
滞在中連絡のつく、申請者の電話番号( _____ )	
滞在予定期間	年 月 日まで ・ 未定