

広島県広域化予防接種券（乳幼児）申請書

年 月 日

東広島市長様

申請者 住所 東広島市
電話番号 () -
氏名

続柄

広域化予防接種受託医療機関で予防接種を希望します。

| | | | | | |
|--------------|-----------|---------|-------------------|----|-----|
| 対象者氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 か月) | 性別 | 男・女 |
| 住 所 | 東広島市 | | | | |
| 接種希望 医療機関 | (医療機関名) | (医療機関名) | | | |
| | (所在地) 広島県 | | | | |

* 希望する予防接種回数に○印をしてください。

| 予 防 接 種 名 | 予防接種回数 | 標準的接種年齢（対象年齢） | |
|------------------------------|--------------------|---|-------------------|
| ヒブ | 初回 (1 ・ 2 ・ 3) | 生後2か月～7か月未満（生後2か月～5歳未満） | |
| | 追加 | | |
| 小児用肺炎球菌 | 初回 (1 ・ 2 ・ 3) | 生後2か月～7か月未満（生後2か月～5歳未満） | |
| | 追加 | | |
| B型肝炎 | (1 ・ 2 ・ 3) | 生後2か月～9か月未満（生後2か月～1歳未満） | |
| ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ (4種混合) | 1期初回 (1 ・ 2 ・ 3) | 生後2か月～12か月未満（7歳6か月未満） | |
| | 1期追加 | 1期初回3回終了後1年～1年半後（7歳6か月未満） | |
| BCG | 1回 | 生後5か月～8か月未満（1歳未満） | |
| 麻しん・風しん（MR） | 1期 | 生後12か月～24か月未満 | |
| | 2期 | 5歳以上7歳未満で小学校就学前1年間の者（4/1～3/31） | |
| 水痘 | 1回目 | 1回目：生後12か月～15か月 | |
| | 2回目 | 2回目：1回目終了後6か月～12か月 （生後12か月～36か月未満） | |
| 日本脳炎 | 1期初回 (1 ・ 2) | 3歳（生後6か月～90か月未満・※1・2特例対象者） | |
| 日本脳炎 | 1期追加 | 4歳 1期初回の2回目が終了して1年後 （生後6か月～90か月未満・※1・2特例対象者） | |
| 日本脳炎 | 2期 | 9歳（9歳～13歳未満・※2特例対象者） | |
| ジフテリア・破傷風 | 2期 | 11歳（対象11～13歳未満） | |
| 子宮頸がん（2価・4価） | (1 ・ 2 ・ 3) | 中学1年生女子 （小学6年生～高校1年生女子） | |
| 子宮頸がん（9価） | (1 ・ 2 ・ 3) | キャッチアップ接種 （平成9年4月2日～平成19年4月1日生まれの女子） | |
| ロ | (1価) ロタリックス | 1回目 ・ 2回目 | 注) どちらかのワクチンのみ交付。 |
| タ | (5価) ロタテック | 1回目・2回目・3回目 | |

※1 日本脳炎特例対象者：平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれで20歳未満の者
◎単独のポリオ・3種混合・麻しん・風しんワクチンを希望される場合はご相談ください。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 予防接種ID番号（*市記入欄） | 0 | 5 | 8 | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----|-----|--|----|----|-----|
| 決裁欄 | 所属長 | | 参事 | 係長 | 担当者 |
| | | | | | |