

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) (所在地) 広島県		(医療機関No)		

* 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・ヒブ (5種混合)	1 期初回 (1 ・ 2 ・ 3)	生後 2 か月～1 2 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)	
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～1 2 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 1 2 か月～2 4 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 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 特例対象者)	
日本脳炎	2 期	9 歳 (9 歳～13 歳未満・※ ¹ 特例対象者)	
ジフテリア・破傷風	2 期	1 1 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 1 9 年 4 月 1 日生まれの女子)	
ロ タ	(1 価) ロタリックス	1 回目 ・ 2 回目	生後 6 週から 2 4 週
	(5 価) ロタテック	1 回目・2 回目・3 回目	生後 6 週から 3 2 週

※¹ 日本脳炎特例対象者：平成 1 6 年 4 月 2 日～平成 1 9 年 4 月 1 日生まれで 2 0 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	補佐	係長	担当者