

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

氏 名

続 柄

電話番号 () -

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Tel)			

* 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)	
B型肝炎		初回：	1回目	2回目	生後2か月～9か月未満（生後2か月～1歳未満）	
		追加：	1回目			
ロタリ ックス	(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。		
	(5価) ロタテック	1回目	2回目			
小児用肺炎球菌		初回：	1回目	2回目	3回目	生後2か月～7か月未満（生後2か月～5歳未満）
		追加：	1回目			
5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)		1期初回：	1回目	2回目	3回目	生後2か月～12か月未満（7歳6か月未満）
		1期追加：	1回目			
ジフテリア・破傷風 (DT)		2期：	1回目	11歳（対象11～13歳未満）		
ヒブ		初回：	1回目	2回目	3回目	生後2か月～7か月未満（生後2か月～5歳未満）
		追加：	1回目			
BCG			1回目	生後5か月～8か月未満（1歳未満）		
麻しん・風しん (MR)		1期：	1回目	生後12か月～24か月未満		
		2期：	1回目	5歳以上7歳未満で小学校就学前1年間の者		
水痘		1回目：	生後12か月～15か月			
		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回目	2回目	3歳（生後6か月～90か月未満・※1特例対象者）	
		1期追加：	1回目	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)		
		2期：	1回目	9歳（9歳～13歳未満・※1特例対象者）		
子宮頸がん	9価	1回目	2回目	3回目	中学1年生女子（小学6年生～高校1年生女子） ※1回目接種が15歳未満の場合2回で完了（9価のみ）	
RSウイルス		1回目	妊娠第28週0日から妊娠第36週6日まで			

※1 日本脳炎特例対象者：平成17年4月2日～平成19年4月1日生まれて20歳未満の者

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