

予防接種依頼書作成にかかる申請書(A類疾病)

和光市長 様

年 月 日

和光市で実施する予防接種を下記の理由により受けることができないため、指定外医療機関で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

太枠内をご記入ください

予防接種を受ける者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	(歳 ヶ月)
	性別	男 ・ 女			
保護者(申請者)	ふりがな				
	氏名				
	住所(住民票)	〒 和光市			
	電話番号				
	予防接種を受ける者との続柄				
指定医療機関以外での接種を希望する理由		☐ 里帰り等で住所外に滞在している ☐ 指定医療機関以外の主治医の管理を要する ☐ 指定医療機関以外の医療機関に入院中 ☐ 家庭環境(DV等)により住所外に滞在している ☐ 指定医療機関以外の医療機関の往診を受けている ☐ 遠隔地への在学やその他やむを得ない事情により住所外に居住実態がある ☐ その他()			
(里帰り等の場合の滞在期間)		年 月 日まで			
依頼書の送り先		☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ その他()			
滞在先 (滞在する場合のみ)	住所	〒 様方			
	電話番号				
接種を希望する医療機関名	正式名称				
	住所	〒			
	電話番号				
接種したい 予防接種の種類	①ヒブ ②小児用肺炎球菌 ③B型肝炎 ④ロタウイルス ⑤ポリオ単独(IPV) ⑥4種混合(DPT-IPV) ⑦5種混合(DPT-IPV-Hib) ⑧BCG ⑨水痘 ⑩麻しん風しん混合 ⑪日本脳炎 ⑫2種混合(DT) ⑬HPV		1回目 2回目 3回目 追加 1回目 2回目 3回目 追加 1回目 2回目 3回目 1回目 2回目 (3回目) 1回目 2回目 3回目 追加 1回目 2回目 3回目 追加 1回目 2回目 3回目 追加 1回目 2回目 第1期 第2期 1期(1回目 2回目 追加) 2期 第2期 1回目 2回目 3回目		
	注意1) 希望する予防接種の種類。ワクチン名および回数すべてに○印をつけてください。 注意2)「ロタリックス」は2回接種、「ロタテック」は3回接種のワクチンです。医療機関によって、取り扱うワクチンが異なります。				
和光市の予診票はお持ちですか		☐ はい ☐ いいえ⇒依頼書と同封してお送りします			

職員記入欄		
☐ 依頼書の宛名は合っているか	受付番号	
☐ 生年月日・氏名等の記載は合っているか	依頼書発送日	月 日