

# 予防接種連絡票

次の者について、下記の理由により専門医療機関での予防接種が望ましいと判断しますので、予防接種依頼書の発行をお願いいたします。

(フリガナ)			年 月 日
対象者名		生年月日	
保護者名			(満 歳 か月)
電話番号	( ) -	性別	男 ・ 女
住 所	愛川町		
理 由			

◎ 種別 (該当する番号と回数又は時期に○をつけてください。)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1 BCG                 |                      |
| 2 三種混合                | 1期 (1回目・2回目・3回目・追加)  |
| 3 不活化ポリオ              | 1期 (1回目・2回目・3回目・追加)  |
| 4 二種混合                | 2期                   |
| 5 水痘                  | 1回目・2回目              |
| 6 麻しん風しん混合            | 1期・2期                |
| 7 麻しん (単体) / 風しん (単体) | 1期・2期                |
| 8 日本脳炎                | 1期 (1回目・2回目・追加) ・ 2期 |
| 9 子宮頸がん予防ワクチン         | 1回目・2回目・3回目          |
| 10 ヒブワクチン             | 1回目・2回目・3回目・追加       |
| 11 小児用肺炎球菌ワクチン        | 1回目・2回目・3回目・追加       |
| 12 B型肝炎               | 1回目・2回目・3回目          |
| 13 ロタウイルスワクチン(1価・5価)  | 1回目・2回目・3回目 (5価のみ)   |
| 14 五種混合               | 1期 (1回目・2回目・3回目・追加)  |
| 15 RSウイルス (母子免疫ワクチン)  |                      |

年 月 日

愛川町長 殿

所在地

医療機関名

代表者名

担当医師名

