

平成23年度定期予防接種申込書

受付担当者名

※太い線の中を記入してください

| | | |
|---------------------------|---|--------------------------------|
| 申し込み日 (DATE) | 平成 年 月 日 | 電話 () |
| 住所 (ADDRESS) | 〒27 - 松戸市 (マンション・アパート等名) | |
| 保護者氏名 (NAME OF PARENT) | | <input type="checkbox"/> 予診票紛失 |
| 子どもの氏名 (NAME OF CHILD) | アカナ | <input type="checkbox"/> 転入 |
| 性別 | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | |
| 生年月日 (BIRTHDAY) | 平成 年 月 日 生 歳 ヶ月 | 送付希望日有 / 以降 |
| | | 確認欄 |

※接種状況について下記の全ての項目をご記入ください

| ポリオ PORIO | BCG | DPT | 日本脳炎 JAPANESE ENCEPHALITIS |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 |
| <input type="checkbox"/> 1回受けた 年 月 日 | 対象年齢 生後6カ月 未満 | <input type="checkbox"/> 今まで受けた 年 月 日 年 月 日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 今まで受けた 年 月 日 年 月 日 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 2回済 | <input type="checkbox"/> 接種済 | <input type="checkbox"/> 追加接種済 | <input type="checkbox"/> 追加接種済 |
| 麻しん・風しん第1期 (1歳~2歳未満) MEASLES・RUBELLA | 麻しん・風しん第2期 (5歳~7歳未満で 小学校就学前1年間) MEASLES・RUBELLA | 【備考欄】 | |
| <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 | 保健福祉課記入欄 | |
| <input type="checkbox"/> かかった (麻しん・風しん) | <input type="checkbox"/> かかった (麻しん・風しん) | 窓口配布 | |
| <input type="checkbox"/> 単独で受けた (麻しん・風しん) | <input type="checkbox"/> 単独で受けた (麻しん・風しん) | 発送 | |
| <input type="checkbox"/> 接種済 | <input type="checkbox"/> 接種済 | 発送準備者 | |
| | | 発送確認者 | |

※H17.4.2~H18.4.1生まれ

※下記の予防接種の接種対象年齢に該当する方は、該当項目にご記入ください

| 日本脳炎第2期 JAPANESE ENCEPHALITIS | DT第2期 | 麻しん・風しん第3期 MEASLES・RUBELLA | 麻しん・風しん第4期 MEASLES・RUBELLA |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 未接種 |
| <対象者> 小学校4年以上13歳 未満で未接種の人 | <対象者> 小学校6年以上13歳 未満で未接種の人 | <対象者> H10. 4. 2~H11. 4. 1までの 生まれで未接種の人 (中学校1年生に相当する人) | <対象者> H5. 4. 2~H6. 4. 1までの 生まれで未接種の人 (高校3年生に相当する人) |

