

ボールペンで太枠線内に記入してください。

予防接種実施申込書(報告書) 【同時接種用】

↑	申込年月日(接種年月日)					予防接種手帳交付番号					(幼稚園・保育園、小・中学校の場合は名称)					整理番号 (堺市記入欄)																																																																																																																																																																														
	令和	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199
保	接種を受ける方	フリガナ	フリガナ																	住所	堺市 区																																																																																																																																																																									
		氏名	氏名																	住所	Tel ()																																																																																																																																																																									
護	接種を受ける方	生年月日	平成 4 年 月 日生(歳 か月)																	保護者氏名																																																																																																																																																																										
		生年月日	令和 5 年 月 日生(歳 か月)																	保護者氏名																																																																																																																																																																										
者	受ける	予防接種の種類	DPT-IPV 四種混合 1 期初回 1 2 3 回目 1 期追加																	日本脳炎 1 期初回 1 2 回目 1 期追加 2 期																																																																																																																																																																										
		予防接種の種類	DPT 三種混合 又は DT 二種混合 1 期初回 1 2 3 回目 1 期追加																	DT 二種混合 2 期																																																																																																																																																																										
記	入	欄	内に○印を記入してください。																	子宮頸がん 1 2 3 回目																																																																																																																																																																										
			(予防接種の種類と該当する回数等に○印を記入してください)																	ヒブ 1 2 3 回目 追加																																																																																																																																																																										
↓	医療機関記入欄	行った予防接種のLotNoシールを貼ってください。	LotNo. 73 82																	接種を見合わせた場合、右記枠内に○印をご記入ください。																																																																																																																																																																										
			LotNo. 73 82																	接種見合わせ(不可)																																																																																																																																																																										
医療機関記入欄	医療機関記入欄	行った予防接種のLotNoシールを貼ってください。	LotNo. 73 82																	見合わせた理由に○印をご記入ください。該当理由がない場合、その他に症状をご記入ください。																																																																																																																																																																										
			LotNo. 73 82																	1. 体調不良 2. 発熱 3. 瘰癧ん 4. 4週間以内に生ワクチン接種 5. 1か月以内に病気 6. その他 ()																																																																																																																																																																										
この報告書は様式第4号に添付し実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。																	上記のとおり予防接種を実施したので報告します。																																																																																																																																																																													
																	医療機関コード番号 No. 63-0, 071,6																																																																																																																																																																													
																	医療機関名 医療法人 終椋会 いしいこどもクリニック																																																																																																																																																																													
																	接種医師名 理事長 石井武文																																																																																																																																																																													