予防接種予診票交付申請書

住　所	昭島市		転入年月日
保護者氏名			年　月　日
電　話	続柄（　）	お子さまの予防接種についてお問合せできるかたの電話番号をお書きください	

＊ 母子手帳等を参考に、お子さまがこれまで受けた予防接種の接種日を以下に記入してください ＊

お子さまのお名前		①	②	③
お子さまの生年月日		HR　年　月　日	HR　年　月　日	HR　年　月　日
以前昭島市に住んでいたことがありますか		ある ・ ない	ある ・ ない	ある ・ ない
ヒブ ※五種混合を接種している場合はヒブも含まれます	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	追加	年　月　日	年　月　日	年　月　日
小児用肺炎球菌	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	追加	年　月　日	年　月　日	年　月　日
B型肝炎	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
四種混合・五種混合 ↑ 該当する接種に○	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	追加	年　月　日	年　月　日	年　月　日

↓　市役所記入欄　↓

予防接種手帳番号			

窓受・郵受(　/　)　窓渡・送付(　/　)　入力(　/　)　受付サイン

お子さまのお名前		①	②	③
ロタリックス（1価）	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
ロタテック（5価）	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
ＢＣＧ		年　月　日	年　月　日	年　月　日
水痘	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
麻しん風しん混合（MR）	1期	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2期	年　月　日	年　月　日	年　月　日
日本脳炎Ⅰ期	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	追加	年　月　日	年　月　日	年　月　日
三種混合	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	追加	年　月　日	年　月　日	年　月　日
ポリオ [注射]・[経口]	1回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	2回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	3回目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	追加	年　月　日	年　月　日	年　月　日

※ポリオを接種している場合は「注射」と「経口」のどちらかに○を付けてください
※四種混合ワクチンは「三種混合＋ポリオ」です。四種混合もしくは五種混合を接種しているかたは、三種混合およびポリオの欄は記入不要です

«送り先»　〒196-0015　昭島市昭和町４－７－１　保健福祉センター健康課　宛