

滋賀県立小児保健医療センター病院長 様

〇〇市町長 印

予 防 接 種 依 頼 票

滋賀県予防接種センター機能推進事業実施要綱第5、3の規定により、下記のとおり予防接種を実施するよう依頼します。

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症〔 1価・5価 〕 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症〔 初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種 〕 <input type="checkbox"/> Hib 感染症〔 初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種 <input type="checkbox"/> 五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎(ポリオ)・Hib 感染症混合ワクチン) 〔 第1期初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種 〕 <input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎(ポリオ)) 〔 第1期初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種 〕 <input type="checkbox"/> 三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風) 〔 () ・ 第2期 〕 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎〔 初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種 〕 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合〔 第1期・第2期 〕 <input type="checkbox"/> 麻しん〔 第1期・第2期 〕 <input type="checkbox"/> 風しん〔 第1期・第2期 〕 <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎〔 第1期初回接種 (1回目・2回目) 追加接種・第2期 〕 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症〔 2価・4価・9価 〕 (1回目・2回目・3回目)
被接種者氏名等	(昭・平・令 年 月 日生)
保護者氏名等	
住 所	(電話 - -)

接種医又は紹介医療機関医師名	(電話 - -)
接種を依頼する理由	<input type="checkbox"/> 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有する <input type="checkbox"/> 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある <input type="checkbox"/> 過去にけいれんの既往歴がある <input type="checkbox"/> 過去に免疫不全と診断がなされている及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる <input type="checkbox"/> 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれがある <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症の予防接種にあつては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害がある <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	

備考 1 予防接種の種類は、該当する予防接種及びその時期を○で囲むこと。
 2 保護者及び接種医等の電話番号は必ず記入すること。
 3 接種を依頼する理由の該当する事項の□内にレ印を付すこと。
 4 B型肝炎については、予防接種の対象者から除かれる者に該当しないことを確認すること。