

# 春日市乳幼児予防接種予診票交付申請書

太枠内を記入してください。※あわせて母子健康手帳の予防接種の記録の写し(予防接種記録欄すべて)を提出してください。

申請日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	----- 氏名	生年月日	令和 年 月 日 ( 歳 か月)
申請者名(続柄)	( )	電話	- -
住 所	〒( - ) 春日市	申請理由	1. 転入(令和 年 月 日) 2. 再交付 3. その他

「必要な予診票」欄へ交付を希望するものに☑をつけてください。※接種済のものについては交付いたしません。

予防接種の種類		必要な予診票	接種歴		交付する予診票			
					0歳	1歳	3歳	年長
ヒブ(Hib)	初回1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	初回2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	初回3回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	追加	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小児用肺炎球菌	初回1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	初回2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	初回3回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	追加	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B型肝炎	1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	3回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
ロタウイルス	1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
	3回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
五種混合 四種混合 (三種混合)	1期初回1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回3回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回追加	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不活化ポリオ	1期初回1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回3回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回追加	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG		<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>				
MR(麻しん・風しん)	1期	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	2期	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水痘	1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
日本脳炎	1期初回1回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回2回目	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回追加	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

市記入欄	受付印	受付	入力	確認	チェック	郵送	窓口渡	終了
		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	/	/	/	/	/	/
		担当	担当	担当	担当	担当	担当	担当

