

浦安市長 あて

住所

申請者 氏名

続柄 () 印

電話

浦安市長期療養者の定期予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病に罹ったことにより、定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が快復し主治医の許可が得られたため、予防接種法施行規則に基づき、下記のとおり、主治医の理由書を添えて定期予防接種を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年 月日	平成 令和 年 月 日
	住 所	浦安市		
	長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	疾患名【 】 下記のあてはまる項目にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> ① 先天性免疫不全症その他免疫の機能に異常を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> ② 白血病その他の免疫機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ③ ①及び②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病 医療機関名（主治医名）： () 接種期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで (接種期間内でも、BCGは4歳未満まで、4種混合は15歳未満まで Hib感染症は10歳未満まで、小児肺炎球菌感染症は6歳未満まで)		
保護者氏名		保護者 連絡先	自宅： 携帯：	
接種予定 医療機関				

職員記入欄

- 主治医の理由書 (有 ・ 無→主治医の理由書を添えて申請)
- 対象期間及び対象年齢確認 (BCGは4歳未満、4種混合は15歳未満、Hib感染症は10歳未満、小児肺炎球菌感染症は6歳未満、他の予防接種は快復時から2年、但し高齢者肺炎球菌感染症は1年)
- 交付したもの (押印済み予診票、各種予防接種説明書、主治医理由書コピー、医療機関宛文書、指定医療機関名簿 (令和 年 月 日に発行・郵送))

BCG・4種混合 (枚) ・ B型肝炎 (枚) ・ 不活化ポリオ (枚) ・ 2種混合・MR (1期・2期)
2種混合・日本脳炎 (枚) ・ ヒブ (枚) ・ 小児用肺炎球菌 (枚) ・ 子宮頸がん (枚)
水痘 (枚) ・ 高齢者肺炎球菌感染症

收受印