子ども定期予防接種予診票発行申請書

※ 太枠の中をご記入ください。　　申請日　　年　　月　　日

予防接種を受ける人	ふりがな		性別	男　・　女
	氏　名			
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日（　　歳　　か月）	電話番号	
	住　所	板橋区		
申請者	氏　名		予防接種を受ける人との続柄	
	※ 予防接種を受ける人と住所・電話番号が異なる場合は、ご記入ください。			
	住　所		電話番号	
申請理由	当てはまる項目にチェックを付けてください。 □紛失　□転入　□未着　□その他（　　）			

必要な予診票、書類にチェック及び丸を付けてください。

□ロタウイルスワクチン　1回目　・　2回目　・　3回目

□ＢＣＧ　□B型肝炎　1回目　・　2回目　・　3回目

□ヒブワクチン　1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加

□小児用肺炎球菌ワクチン　1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加

□四種混合　1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加

□不活化ポリオ　1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加

□水痘　1回目　・　2回目

□MR(麻しん風しん混合)　１期　・　２期

□麻しん　１期　・　２期　□風しん　１期　・　２期

□日本脳炎　1回目　・　2回目　・　追加　・　２期

□日本脳炎[特例措置]　1回目　・　2回目　・　追加　・　２期

□ＤＴ（二種混合）２期

□ヒトパピローマウイルス感染症　1回目　・　2回目　・　3回目

□委任状（予防接種を受ける際、保護者以外の方（祖父母等）が同伴する場合に必要）

□同意書（13歳以上の方がお一人で予防接種を受ける場合に必要）

上記の予診票申請に伴い個人情報の確認をすることに同意します。

申請者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※母子健康手帳の写し（お子様の名前がわかる部分、予防接種のページ全て）を一緒に提出してください。

※こちらの申請書は定期予防接種予診票の郵送申請専用の様式です。任意接種の申請にはお使いいただけませんのでご注意ください。

区使用欄（こちらには記入しないでください。）

備考		受付者