

年 月 日

長期療養者の予防接種実施申請書

逗子市長

住所

氏名

対象者との関係

電話番号

長期療養の必要な疾病にかかったことにより定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が回復し主治医の許可が得られましたので、次のとおり定期予防接種を申請します。

対 象 者	ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日
保 護 者 氏 名	
住 所	
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	<p>【疾病名】</p> <p>あてはまる項目にチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> ①先天性免疫不全症その他の機能に異常を生じさせる疾病</p> <p><input type="checkbox"/> ②白血病その他の免疫の機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病</p> <p><input type="checkbox"/> ③①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</p> <p>医療機関名： (主治医名：)</p>
接種を依頼する医療機関	
今回接種を希望する予防接種(該当に○)	<p>(1) BCG</p> <p>(2) 四種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</p> <p>(3) 三種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</p> <p>(4) 不活化ポリオ 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</p> <p>(5) 二種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・2 期</p> <p>(6) 麻しん・風しん混合 1 期 2 期</p> <p>(7) 麻しん 1 期 2 期</p> <p>(8) 風しん 1 期 2 期</p> <p>(9) 日本脳炎 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期</p> <p>(10) ヒブ 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加</p> <p>(11) 小児用肺炎球菌 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加</p> <p>(12) 子宮頸がん予防 1 回目・2 回目・3 回目</p> <p>(13) 水痘 1 回目・2 回目</p> <p>(14) B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目</p> <p>(15) ロタウイルス 1 回目・2 回目・3 回目</p>

