年　　　月　　　日

**滋賀県外における予防接種の申込書**

|  |
| --- |
| **予　防　接　種　の　種　類　（該当する予防接種の回数の欄に○を記入してください）** |
| 子ども | Hｉｂ感染症 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 |
| 小児の肺炎球菌感染症 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 |
| Ｂ型肝炎 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 　 |
| ロタウイルス | 1回目 | 2回目 | 3回目ﾛﾀﾃｯｸのみ | 　 |
| ＢＣＧ | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ５種混合／４種混合／３種混合※どれかに、○をしてください | 1期初回1回目 | 1期初回2回目 | 1期初回3回目 | 1期追加 |
| 不活化ポリオ | 1期初回1回目 | 1期初回2回目 | 1期初回3回目 | 1期追加 |
| ２種混合（ＤＴ） | 1期初回1回目 | 1期初回2回目 | 1期初回3回目 | ２期 |
| 水痘 | 1回目 | 2回目 | 　 | 　 |
| 麻しん風しん混合（ＭＲ） | 1期 | 2期 | 　 | 　 |
| 麻しん　/　風しん※どちらかに、○をしてください | 1期 | 2期 | 　 | 　 |
| 日本脳炎 | 1期初回1回目 | 1期初回2回目 | 1期追加 | 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 | 　 |
| 高齢者 | 高齢者の帯状疱疹 | 1回目 | 2回目シングリックスのみ | 令和７年度に満65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる人、または、60歳～65歳未満で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する人 |
| 高齢者の肺炎球菌感染症 | 　 | 接種当日、満65歳の人または、60歳～65歳未満で、厚生労働省の指定する一定の障害がある人 |
| 高齢者のインフルエンザ | 　 | 接種当日、満65歳以上または、60歳～65歳未満で、厚生労働省の指定する一定の障害がある人 |
| 高齢者のコロナウイルス感染症 |  | 接種当日、満65歳以上または、60歳～65歳未満で、厚生労働省の指定する一定の障害がある人 |
|  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 1.被接種者氏名 |  |
| 2.被接種者生年月日 | （ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 3.住所 | 滋賀県草津市（TEL） |
| 4.保護者氏名（被接種者が子どもの場合） |  |
|  |
| 5.接種を希望する医療機関 | （名称） |
| 〒（住所）（TEL） |
| 6.滞在先(滞在先に書類を送付することを希望する場合は□に✓をしてください) | 〒（住所）（　　　　　　）様方 |
| （TEL）　 | * 滞在先に書類を送付することを希望する
 |
| 7.滞在期間 | 　　　　年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 |
| 8.接種を希望する理由 | 里帰りのため / 入院中のため / 入所中のため / その他（　 　　　　　　　　） |
| 9.接種予定日 | 年　　月　　日 |
| 10.同意確認 | 医療機関等への連絡・調整の際、個人情報を提供することに同意します。　　　　　　　　　　　 はい　　/　　いいえ　　 |
| 　 | 受付者 |  窓口・電話・郵送 |  |