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 | |  |