

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	高齢者の带状疱疹	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)			
		(TEL)			
		() 様方 ☐ 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	