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〇を記入してください） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 妊婦 | RS ウイルス感染症 | | | | |
| こども | 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<br>ﾛﾀﾃｯｸのみ | |
| | BCG | | | | |
| | 5種混合 | 1 期初回<br>1 回目 | 1 期初回<br>2 回目 | 1 期初回<br>3 回目 | 1 期追加 |
| | 2種混合（DT） | 2 期 | | | |
| | 水痘 | 1 回目 | 2 回目 | | |
| | 麻しん風しん混合（MR） | 1 期 | 2 期 | | |
| | 日本脳炎 | 1 期初回<br>1 回目 | 1 期初回<br>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<br>シングリックスのみ | 令和8年度に満 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳になる人<br>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 |
| | 高齢者の肺炎球菌感染症 | | | 接種当日、満 65 歳の人<br>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<br>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<br>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<br>（TEL） |
| 4. 保護者氏名<br>（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）<br>〒<br>（住所）<br>（TEL） |
| 6. 滞在先<br>（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） | 〒<br>（住所）<br>（　　）様方<br>（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。<br>はい　/　いいえ |

| 受付者 | 窓口・電話・郵送 |
|---|---|