

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 ロテックのみ	
	BCG				
	5種混合／4種混合／3種混合 ※どちらかに、○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		
	高齢者の新型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) <input type="checkbox"/> 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	