

令和6年度 愛知県広域予防接種事業申請書

申請者	フリガナ 氏名 (被接種者との続柄)	申請月日	令和 年 月 日
被接種者	フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女
	住所	碧南市 町	生年月日 年 月 日 (歳 月)
電話番号	Tel		
広域予防接種 希望ワクチン	<p><u>希望のワクチン名にレ点をいれてください。希望回数に○をつけてください。</u></p> <p>※申請年度内に、接種可能なワクチンのうち希望するワクチンのみ記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症ワクチン (1価 ロタリックス) 1回目 2回目</p> <p><input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症ワクチン (5価 ロタテック) 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> ヒブワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 4種混合ワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> 5種混合ワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> BCGワクチン</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン 第1期 第2期</p> <p><input type="checkbox"/> 水痘ワクチン 1回目 2回目</p> <p><input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン 1回目 2回目 追加 第2期</p> <p><input type="checkbox"/> 2種混合ワクチン</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (2価 サーバリックス) 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (4価 ガーダシル) 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (9価 シルガード9) 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> ポリオワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しんワクチン 第1期 第2期・ <input type="checkbox"/> 風しんワクチン 第1期 第2期</p>		
理由	<p><u>該当する番号に○をつけてください。</u></p> <p>1 碧南市以外にかかりつけ医がいる</p> <p>2 碧南市以外の病院等で長期に入院治療をしている</p> <p>3 里帰り出産、家庭内暴力等で、碧南市以外の病院等で予防接種を希望 (里帰り先への滞在期間：)</p> <p>4 その他 ()</p>		
接種を希望する 医療機関名	<p>所在地： 医療機関名： 医療機関連絡先：</p> <p>接種を希望する医療機関が受け入れ可能であることを確認していますか。 はい (年 月 日に確認) いいえ</p>		

・愛知県広域予防接種連絡票等について、郵送を希望しますか

①はい →上記住所と違う場合、以下をご記入ください。

郵送先住所 〒 _____

_____ 県 _____ 市 _____ 町 _____

_____ 様方 _____

連絡先 _____

②いいえ

・平日 (8:30~17:00) に連絡の取れる電話番号を記入してください。 _____

受付確認欄

- 申請書※訂正箇所には、2重線を引き、欄外に○文字訂正・サイン・日付の記入をお願いします。
または、申請者名と訂正箇所に押印
申請者は、予防接種に同行する保護者。被接種者が18歳以上の場合は、被接種者本人（本人以外の場合は、委任状が必要）

- 母子健康手帳のコピー

- 接種券または予診票の回収

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> ヒブワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | |
| <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症ワクチン | 【1価・5価】1回目 2回目 3回目 | | | |
| <input type="checkbox"/> 4種混合ワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| <input type="checkbox"/> 5種混合ワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| <input type="checkbox"/> BCGワクチン | | | | |
| <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン | 第1期 | 第2期 | | |
| <input type="checkbox"/> 水痘ワクチン | 1回目 | 2回目 | | |
| <input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン | 1回目 | 2回目 | 追加 | 第2期 |
| <input type="checkbox"/> 2種混合ワクチン | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン | 【2価・4価・9価】1回目 2回目 3回目 | | | |
| <input type="checkbox"/> ポリオワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| <input type="checkbox"/> 麻しんワクチン | 第1期 | 第2期 | | |
| <input type="checkbox"/> 風しんワクチン | 第1期 | 第2期 | | |

- 有効期限の説明

※注意事項

- (1) ロタウイルス感染症は令和2年8月生まれ以降の者が対象。
・1回目の接種は生後14週6日までを推奨。生後15週に至っている者で1回目の接種を希望される場合、接種は可能なため県外接種の子診票等は発行するが、よく医師と相談するよう伝える。
・1回でも接種している者は、原則最初に受けたワクチンと同じ種類を接種する。
・ロタリックス（1価）は生後6週から24週まで、ロタテック（5価）生後6週から32週まで
- (2) 子宮頸がん予防ワクチン（シルガード®9）は、
・15歳未満で1回目接種する場合は2回接種となる。（3回接種も可）
・15歳以上で1回目を接種する場合は3回接種となる。
・原則同じワクチンで接種を完了するが、交接種の場合は、15歳未満であっても3回接種となる。

受付者サイン _____

担当者確認欄

- 健康カルテでの住民確認
 愛知県広域予防接種事業の契約医療機関の確認

担当者サイン _____

