

予防接種 予診票 (交付・再交付) 申請書

福井市長 様

下記のとおり申請します。

※ 太枠内をご記入ください。

	申請日	令和 年 月 日
接種を受ける人の氏名	フリガナ	生年月日 大正・昭和 平成・令和 (満 歳 カ月)
住所	福井市	電話番号 (自宅) (携帯)
申請者の氏名	※受ける人と異なる場合、記載してください。	受ける人との続柄
申請者の住所	※受ける人の住所と異なる場合、記載してください。	

チェック 該当する項目に○を付けてください

<input type="checkbox"/> 交付 <ul style="list-style-type: none"> * 転入 (転入日: 年 月 日) * 海外渡航 * その他 (理由:) 	<input type="checkbox"/> 再交付 <ul style="list-style-type: none"> * 紛失 * 破損 * その他 (理由:)
---	---

■子どもの予防接種

種類	ご希望の予診票に○をつけてください	対象	用紙色										
ヒブ	1回目 2回目 3回目 追加	生後2カ月～5歳になる日の前日まで	緑										
小児用肺炎球菌	1回目 2回目 3回目 追加	生後2カ月～5歳になる日の前日まで	青										
4種混合1期	1回目 2回目 3回目 追加	生後3カ月～7歳6カ月になる日の前日まで	クリーム										
B C G		1歳になる日の前日まで	水										
B型肝炎	1回目 2回目 3回目	1歳になる日の前日まで	鼠										
不活化ポリオ	1回目 2回目 3回目 追加	生後3カ月～7歳6カ月になる日の前日まで	白										
二種混合2期		11歳～13歳の誕生日の前日まで	若草										
麻しん風しん <small>□単独麻しん(オレンジ) □単独風しん(桃)</small>	1期	1歳児 (2歳の誕生日の前日まで)	白茶										
	2期	翌年度小学校に入学する幼稚園等の最年長児											
水痘	1回目 2回目	1歳～3歳になる日の前日まで(接種回数:2回) ※2回目を希望する方は、1回目の接種日をご記入ください。 <table border="1" style="margin: 5px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">1回目 接種日</td> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> </tr> </table>	1回目 接種日	年 月 日	サーモン								
1回目 接種日	年 月 日												
日本脳炎	1期	生後6カ月～7歳6カ月になる日の前日まで(通知:3歳) ※H7年4月2日～H19年4月1日生の方は20歳になる前日まで ※H19年4月2日～H21年10月1日生の方は9～13歳になる前日まで	薄紫										
	2期	9歳～13歳になる日の前日までで1期終了している方 ※H7年4月2日～H19年4月1日生の方は20歳になる前日まで ※H19年4月2日～H21年10月1日生の方は9～13歳になる前日まで											
	※日本脳炎の接種歴をご記入ください。 <table border="1" style="margin: 5px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">1回目</td> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> <td style="padding: 2px;">2回目</td> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> <td style="padding: 2px;">追加</td> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">接種場所</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">接種場所</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">接種場所</td> <td></td> </tr> </table>			1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	追加	年 月 日	接種場所		接種場所	
1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	追加	年 月 日								
接種場所		接種場所		接種場所									
子宮頸がん	1回目 2回目 3回目	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子	アイボリー										

■高齢者の予防接種

種類	ご希望の予診票に○をつけてください	対象	用紙色
高齢者肺炎球菌		①今年度65・70・75・80・85・90・95・100歳以上になる方 ②60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、呼吸器機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害(身体障害者手帳1級)	紫

福井市 確認欄	母子 手帳	システム 履歴	発行者・確認者
------------	----------	------------	---------