（別紙様式１）

予 防 接 種 延 期 報 告 書（福井市）

本日の予防接種は、予診の結果、接種は不適当と判断しましたので、下記のとおり報告します。

フ　リ　ガ　ナ		
接 種 者 氏 名		
生　年　月　日		
予防接種の種類 ※該当する予防接種名及び接種回数に〇を付けてください。		５種混合　（１回目・２回目・３回目・追加 ）
		４種混合　（１回目・２回目・３回目・追加 ）
		三種混合　（１回目・２回目・３回目・追加・２期 ）
		不活化ポリオ　（１回目・２回目・３回目・追加 ）
		ＢＣＧ
		麻しん風しん　（　１期　・　２期　） 麻しん（単独）　（　１期　・　２期　） 風しん（単独）　（　１期　・　２期　）
		日本脳炎　（１回目・２回目・追加・２期 ）
		ヒブ感染症　（１回目・２回目・３回目・追加 ）
		小児の肺炎球菌感染症　（１回目・２回目・３回目・追加 ）
		ヒトパピローマウイルス感染症（１回目・２回目・３回目 ）
		水痘　（１回目・２回目 ）
		Ｂ型肝炎　（１回目・２回目・３回目 ）
		ロタウイルス感染症　（１回目・２回目・３回目 ）
		高齢者インフルエンザ
		高齢者新型コロナウイルス感染症
		高齢者の肺炎球菌感染症
		帯状疱疹　（１回目・２回目 ）
不適当の理由		

医療機関の所在地

医療機関の名称

上記を了解しました。

年　　月　　日

※該当する予防接種に応じて以下をお書きください。

（高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症・高齢者の肺炎球菌・帯状疱疹以外の場合に記入）保護者自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症・高齢者の肺炎球菌・帯状疱疹の場合に記入）被接種者自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代筆の場合）　代筆者自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿