

予防接種 予診票 (交付・再交付) 申請書 (A類予防接種ワクチン)

福井市長 様

下記のとおり申請します。

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	平成・令和 年 月 日 (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

交付

* 転入 (転入日: 令和 年 月 日)
* その他
(理由:)

再交付

* 紛失
* 破損
* その他 (理由:)

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	
5種混合	1回目	2回目	3回目	追加	生後2カ月～7歳6カ月になる日の前日まで	コスモス	
4種混合	1回目	2回目	3回目	追加	生後2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	
ロタ	1回目	2回目	3回目		ロタリックス(1価): 生後6週から24週0日まで(2回) ロタテック(5価): 生後6週から32週0日まで(3回) ※2回目以降は1回目にとちらのワクチンを接種したか確認して残り枚数を交付	白	
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 □単独麻しん(オレンジ) □単独風しん(桃)	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。(年 月 日)	サーモン	
日本脳炎	1期	1回目	2回目	追加	生後6カ月～7歳6カ月になる日の前日まで ※H16年4月2日～H19年4月1日生の方は20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 ※H16年4月2日～H19年4月1日生の方は20歳になる前日まで		
	※日本脳炎の接種歴をご記入ください。						
		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	浅黄	
					17歳となる日の属する年度の初日から27歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子(令和4～6年度末に限る)		
	※子宮頸がんワクチンの接種歴をご記入ください。						
		1回目	年 月 日		2回目	年 月 日	
		ワクチン種類	サーバリックス®・ガーダシル®・シルガード®・不明		ワクチン種類	サーバリックス®・ガーダシル®・シルガード®・不明	

福井市
確認欄

母子
手帳

システム
履歴

発行者・確認者