市外医療機関での予防接種申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

朝来市長　　様

申請者

　□本人　電話番号

　□家族　氏名　　　　　　　　　（続柄　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　□医療機関、施設職員

　予防接種法に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認お願いします。

※裏面も記入欄があります

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種を  受ける人 | 住　　所 | 兵庫県朝来市 | | | | |
|  | [　　　　　　　] | | | 男・女 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　　　　（満　　　歳　　　か月） | | | | |
| 滞在先の住所 | 〒　　　　－  世帯主名　　　　　　　　　　　　　　（様方）TEL  施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名　　　　） | | | | | |
| 予防接種  の種類  ※接種を希望  するものに  ☑ をつけ  てください。 | 予防接種の種類 | | | ※以下にも〇をつけてください。 | | 備　考 |
| * ロタウイルス | | | １回目・２回目・（３回目） | |  |
| * ヒブ | | | 初回免疫（１回目・２回目・３回目）・追加免疫 | |  |
| * 小児用肺炎球菌 | | | 初回免疫（１回目・２回目・３回目）・追加免疫 | |  |
| * Ｂ型肝炎 | | | １回目・２回目・３回目 | |  |
| * ４種混合[ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ] | | | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 | |  |
| * ＢＣＧ | | | | |  |
| * 麻しん風しん混合 | | | １期・２期 | |  |
| * 水痘 | | | 初回・追加 | |  |
| * 日本脳炎 | | | １期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 | |  |
| * ２種混合[ｼﾞﾌﾃﾘｱ･破傷風] | | | | |  |
| * HPV[子宮頸がん予防ﾜｸﾁﾝ] | | | １回目・２回目・３回目 | |  |
| * 高齢者肺炎球菌 | | |  | |  |
| * 高齢者インフルエンザ | | |  | |  |
| * その他 | | | 予防接種名（　　　　　　　　　　　　） | |  |
| 接種予定医療機関名 | 医療機関名 | |  | | | |
| 住所 | | 〒　　　　－ | | | |
| 電話番号 | | TEL　　　　－　　　－　　　　FAX　　　－　　　－ | | | |
| 申込みの理由 | □市外に長期滞在　　□主治医が市外医療機関　　□市外施設入所中  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 接種予定日 | ・令和　　年　　月　　日　　　　　　・未定（今後調整する） | | | | | |
| 書類送付先 | □接種希望者の住所　　□滞在先住所　　□家族住所（裏面に記入欄あり） | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面あり

書類の送付先（家族住所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先 | 宛先 | 電話番号 |
| 〒 |  |  |

以下は記入しないでください

市外医療機関での予防接種につきまして、下記の条件を付して承認します。

　　・広域医療機関実施

　　・広域医療機関以外（契約で実施）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約者氏名及び役職 | 接種料金 | 根拠 |
|  |  |  |

　　・他自治体依頼

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当課：健幸づくり推進課）

※個人情報の保護について

|  |
| --- |
| この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。 |