

予防接種 報告書

年 月 日

大垣市長 様
(保健センター)

医療機関名

次の者について、予防接種を二次・三次医療機関で実施することが望ましいので報告します。

1 被接種者 ・氏 名 _____ ・生年月日 S・H・R 年 月 日
・住 所 大垣市 _____
・保護者氏名 _____ ・電話番号 _____

2 接種希望予防接種名

ワクチンの種類			○印	ワクチンの種類			○印
ロタウイルス ワクチン	ロタリックス	1回目		B C G			
		2回目					
	ロタテック	1回目		MR (麻しん・風しん)	1期		
		2回目			2期		
		3回目		水痘ワクチン	1回目		
					2回目		
B型肝炎ワクチン		1回目		日本脳炎ワクチン	1期初回1回目		
		2回目			1期初回2回目		
		3回目			1期追加		
ヒブ ワクチン		初回1回目			2期		
		初回2回目		D T (二種混合)	2期		
		初回3回目					
		追加		H P V (ヒトパピローマウイルス)	1回目		
小児肺炎球菌 ワクチン		初回1回目			2回目		
		初回2回目			3回目		
		初回3回目		高齢者インフルエンザワクチン			
		追加					
D P T - I P V - H i b (五種混合)		1期初回1回目		高齢者肺炎球菌ワクチン			
		1期初回2回目					
		1期初回3回目		新型コロナウイルスワクチン			
		1期追加					
D P T - I P V (四種混合)		1期初回1回目		带状疱疹(生ワクチン)			
		1期初回2回目					
		1期初回3回目		带状疱疹 (組換えワクチン)	1回目		
		1期追加			2回目		

(注) 報告日からおおむね1年以内に希望の予防接種に限る。

3 二次・三次医療機関での実施が望ましい理由

医 師 名 _____

※保護者への説明 報告書の作成後、保健センターへ母子健康手帳及び報告書を持参し、依頼書発行の手続をするようご指導ください。