

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 _____ 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		回数	○印	ワクチンの種類	回数	○印
ロタウイルス ワクチン	ロタリックス	1回目		BCG		
		2回目			MR (麻しん・風しん)	1期
	ロタテック	1回目		2期		
		2回目		5期		
B型肝炎 ワクチン		1回目		水痘ワクチン	1回目	
		2回目			2回目	
		3回目		日本脳炎ワクチン	1期初回1回目	
ヒブ ワクチン	初回1回目		1期初回2回目			
	初回2回目		1期追加			
	初回3回目		2期			
	追加		DT(二種混合)	2期		
小児肺炎球菌 ワクチン	初回1回目			HPV (ヒトパピローマウイルス)	1回目	
	初回2回目				2回目	
	初回3回目		3回目			
DPT-IPV-Hib (五種混合)		追加		RSウイルスワクチン		
	1期初回1回目		インフルエンザワクチン			
	1期初回2回目			高齢者肺炎球菌ワクチン		
	1期初回3回目		新型コロナウイルスワクチン			
DPT (三種混合)	1期追加			帯状疱疹(生ワクチン)		
	1期初回1回目		帯状疱疹 (組換えワクチン)		1回目	
	1期初回2回目			2回目		
	1期初回3回目					
	1期追加					

(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。