

予防接種歴届出書

妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援のため、市町村、医療機関、在籍する保育所等相談支援関係機関が把握した情報について、必要の範囲内で相互に確認・共有することに同意します。(はい・いいえ)

予防接種について

* 高校1年生までの方(予防接種を全く受けていない方、再転入を含む)は提出が必要です。

届出がない場合、予診票をお届けすることができません。

* 届出書提出後、7～10日程で予診票を郵送します。送付先が現住所と異なる場合はお知らせください。

ふりがな		男・女	住所	知多市		
該当者名			保護者名		電話番号 (父・母)	- -
生年月日	年 月 日生					

種別	接種年月日			備考
B型肝炎	1回目		年 月 日	
	2回目		年 月 日	
	3回目		年 月 日	
ロタ	1価(ロタリックス)	1回目	年 月 日	
		2回目	年 月 日	
	5価(ロタテック)	1回目	年 月 日	
		2回目	年 月 日	
		3回目	年 月 日	
		追加	年 月 日	
ヒブ	1回目		年 月 日	
	2回目		年 月 日	
	3回目		年 月 日	
	追加		年 月 日	
小児用肺炎球菌	1回目(プレバナー13V・バクテボンス・プレバナー20V)		年 月 日	
	2回目(プレバナー13V・バクテボンス・プレバナー20V)		年 月 日	
	3回目(プレバナー13V・バクテボンス・プレバナー20V)		年 月 日	
	追加(プレバナー13V・バクテボンス・プレバナー20V)		年 月 日	
5種混合 4種混合 3種混合	1期初回	1回目(5混・4混・3混)	年 月 日	
		2回目(5混・4混・3混)	年 月 日	
		3回目(5混・4混・3混)	年 月 日	
		追加(5混・4混・3混)	年 月 日	
2種混合	2期		年 月 日	
BCG			年 月 日	
麻しん風しん(MR)	1期	麻しん風しん(MR)混合	年 月 日	
	2期	麻しん風しん(MR)混合	年 月 日	
水痘	1回目		年 月 日	
	2回目		年 月 日	
日本脳炎	1期初回	1回目	年 月 日	
		2回目	年 月 日	
		追加	年 月 日	
	2期		年 月 日	
ポリオ	1回目(生不活化)		年 月 日	
	2回目(生不活化)		年 月 日	
	3回目(不活化)		年 月 日	
	追加(不活化)		年 月 日	
HPV	1回目(サーバリックス・ガーダシル・シルガード9)		年 月 日	
	2回目(サーバリックス・ガーダシル・シルガード9)		年 月 日	
	3回目(サーバリックス・ガーダシル・シルガード9)		年 月 日	
おたふく	1期		年 月 日	
	2期		年 月 日	

提出・郵送先 知多市保健センター 電話(0562)54-1300
〒478-0017 知多市新知字永井2番地の1

* 郵送での提出も可能ですが、母子健康手帳(予防接種のページ)のコピーを添付してください。

(保健センター処理欄) (転入日 年 月 日)

受付	チェック	フラグ	メモ	綴	健管番号
月 日					
担当					