

# 予防接種予診票・乳幼児健康診査受診票交付申請書

R2.10改定

※ 太枠内をご記入ください。

申請日 年 月 日

(フリガナ)		男・女	生年月日 (申請日現在年齢)	年 月 日 ( 歳 か月) (小・中・高 年生)
子の氏名	(第 子)			
(フリガナ)		住所	西東京市	丁目 番 号
保護者氏名		電話	( )	※日中連絡のつく電話番号
申請理由	1. 転入 ( 年 月 日) 2. 再交付 3. 他市にて接種 4. その他			

[職員記入欄]

予防接種の状況 (母子健康手帳の確認事項) ※添付書類: 母子健康手帳の写し(出生届出済証明書・予防接種の記録のページ)

予防接種予診票名	交付予診票〇	申請日現在の接種記録	予防接種予診票名	交付予診票〇	申請日現在の接種記録	
ロタウイルス (生後6週から32週)	1回目	年 月 日	麻しん風しん混合 第1期(1歳)		年 月 日	
	2回目	年 月 日	M R 第2期(就学前1年間)		年 月 日	
	3回目	年 月 日	水痘(水ぼうそう) (1~3歳)	1回目	年 月 日	
B型肝炎 (~1歳)	1回目	年 月 日		2回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	日本脳炎 ★H7.4.2~H19.4.1 20歳まで接種可能 ★H19.4.2~H21.10.1 第1期末接種分を 9~13歳で接種可能	1回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日		第1期(6か月~7歳半)	2回目	年 月 日
ヒブ (2か月~5歳)	①	年 月 日		追加	追加	年 月 日
	②	年 月 日	追加		年 月 日	
小児用肺炎球菌 (2か月~5歳)	①	年 月 日	追加		年 月 日	
	②	年 月 日	追加		年 月 日	
四種混合 DPT-IPV (百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) (3か月~7歳半)	1回目	年 月 日	3歳未満の日本脳炎予防接種予診票交付に際しての説明 □ ワクチンが通常の半分(0.25ml)と説明済 □ 3歳の誕生日末に一斉発送するため、届いたら重複接種しないよう説明済			
	2回目	年 月 日				
	3回目	年 月 日				
	追加	年 月 日	二種混合 DT (11~13歳)			
三種混合 (3か月~7歳半)	①	年 月 日	子宮頸がん説明済			
	②	年 月 日				
	追加	年 月 日				
ポリオ (3か月~7歳半)	①	年 月 日	子宮頸がん			
	②	年 月 日	追加			
BCG (~1歳) ※標準5~8か月		年 月 日	ヒトパピローマウイルス HPV (小6~高1)			
			追加			
			麻しん【オレンジ色】			
			風しん【桃色】			

※おたふくかぜ(任意) 1歳 年 月 日 ※MR(任意) 2~18歳【白地 緑枠】 ① ②

健診受診状況

1. 転入 ( 都道府県 市区町村) 2. 再交付 ( 紛失・破損・他 )

3~4か月児健診	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)
6~7か月児健診	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (窓口交付・年齢対象外)
9~10か月児健診	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (窓口交付・年齢対象外)
1歳児お誕生相談会	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)
1歳6か月児健診	医科 1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)
	歯科 1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)
2歳児すくすく相談会	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)
3歳児健診	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)
5歳児歯科健診	1. 済 ( 年 月 日) 2. 未 (後日郵送・窓口交付・年齢対象外)

(収受印)	
窓口	入力