

# 予防接種予診票・乳幼児健康診査受診票交付申請書

R6.4

※ 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	申請日現在の接種記録	予防接種予診票名	交付予診票	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	BCG (～1歳) ※標準5～8か月		年 月 日
	2回目	年 月 日	麻しん風しん混合 第1期(1歳)		年 月 日
	3回目	年 月 日	M R 第2期(就学前1年間)		年 月 日
B型肝炎 (～1歳)	1回目	年 月 日	※MR (任意) 2～18歳【白地 緑枠】	①	②
	2回目	年 月 日	水痘 (水ぼうそう) (1～3歳)	1回目	年 月 日
	3回目	年 月 日		2回目	年 月 日
小児用肺炎球菌 (2か月～5歳)	① 年 月 日	③ 年 月 日	日本脳炎 ★ H7.4.2～H19.4.1 20歳まで接種可能	第1期 (6か月～7歳半)	1回目 年 月 日
	② 年 月 日	追加		追加	2回目 年 月 日
五種混合 DPT-IPV-Hib (百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・ヒブ) (2か月～7歳半)	1回目	年 月 日		追加	年 月 日
	2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		
	3回目	年 月 日	□ ワクチンが通常の半分 (0.25ml) と説明済		
	追加	年 月 日	□ 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		
ヒブ (2か月～5歳)	① 年 月 日	③ 年 月 日	二種混合 DT (11～13歳)		年 月 日
	② 年 月 日	追加			
四種混合 (2か月～7歳半)	① 年 月 日	③ 年 月 日	□ 子宮頸がん説明済		
	② 年 月 日	追加	子宮頸がん	1回目	年 月 日
三種混合 (2か月～7歳半)	① 年 月 日	③ 年 月 日	ヒトパピローマウイルス HPV (小6～高1)	2回目	年 月 日
	② 年 月 日	追加		3回目	年 月 日
ポリオ (2か月～7歳半)	① 年 月 日	③ 年 月 日	麻しん【オレンジ色】		年 月 日
	② 年 月 日	追加	風しん【桃色】		年 月 日
※おたふくかぜ (任意) 1歳		年 月 日			

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