

島田市予防接種料金助成要綱に基づく依頼書の発行申請書

下記の理由により、島田市予防接種料金助成要綱に基づき予防接種を受けたいので、依頼書・関係書類の発行を申請します。

（当てはまるものに○）

1. 心臓血管系・腎臓・肝臓・血液に関する疾患や発育障害などがある。
2. 今までに受けた予防接種で、2日以内に熱がでたり、全身に発疹がでるなどアレルギーを疑う症状があった。
3. 今までに、けいれんをおこしたことがある。
4. 今までに、免疫不全や免疫不全疑いと診断されたことがある。
5. 接種するワクチンの成分にアレルギーをおこすおそれがある。
6. ゼラチンを含む製剤やゼラチンを含む食品で、ショック・じんましん・息がしにくい・唇のはれ・のどのむくみなどの症状がでたことがある。
7. 里帰り等により県外で接種を実施する。
8. その他（ ）

被接種者	
住 所	〒42 - 島田市
電 話	
生年月日	年 月 日
予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none"> ● 小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加 ● ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加 ● B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ● ロタ 1回目・2回目・3回目 ※ロタリックス（1価）の場合は、2回接種になります。 ● 四種混合 1回目・2回目・3回目・追加 ● 単独不活化ポリオ 1期（1回目・2回目・3回目・追加） ● 三種混合 1期（1回目・2回目・3回目・追加） ● BCG ● MR混合 1期・2期 ● 水痘 1回目・2回目 ● 日本脳炎 1期（1回目・2回目・追加）・2期 ● 二種混合 2期 ● 子宮頸がん 1回目・2回目・3回目 ● その他（麻しん・風しん・二種混合/ 期 回）
接種を希望する 医療機関	
依頼書ができたなら（郵送希望・取りに行きます）（当てはまる方に○）	

年 月 日

保護者氏名 _____