（様式第1号）

ボールペンで太枠線内に記入してください。

予防接種実施申込書（報告書）

申込年月日（接種年月日）	予防接種手帳交付番号	（幼稚園・保育園、小・中学校の場合は名称）	整理番号（堺市記入欄）
令和 11 12 年 13 14 月 15 16 日	手帳番号 45 － 46 47 48 49 50 51	学校園名　　学校・園　　年	5 9

保護者記入欄

接種を受ける方	フリガナ 17 36	37 1 男	住所
	氏名	2 女	堺市　　区 Tel 91 （ 95 96 ） 99 100 － 103
	生年月日 38 4 平成 5 令和 39 40 年 41 42 月 43 44 日生（　歳　か月）		保護者氏名

受けける予防接種の種類

□内に○印を記入してください。

（予防接種の種類と該当する回数等に○印を記入してください）

123	DPT-IPV 四種混合	1期初回	124 1 125 2 126 3 回目	127	1期追加
52 / 53	DPT 三種混合 又は DT 二種混合	1期初回	54 1 55 2 56 3 回目	57	1期追加
118	ポリオ（不活化）	1期初回	119 1 120 2 121 3 回目	122	1期追加
58	麻しん・風しん混合	59	1期	60	2期
67	麻しん（はしか）	68	1期	69	2期
70	風しん	71	1期	72	2期
131	水痘（みずぼうそう）	132 1 133 2 回目			

61	日本脳炎	1期初回	62 1 63 2 回目	1期追加 64	2期 65
66	DT 二種混合2期				
104	子宮頸がん		105 1 106 2 107 3 回目		
108	ヒブ		109 1 110 2 111 3 回目	112	追加
113	小児用肺炎球菌		114 1 115 2 116 3 回目	117	追加
134	B型肝炎		135 1 136 2 137 3 回目		
138	ロタ		139 1 140 2 141 3 回目		

医療機関記入欄

接種の場合はシールを貼ってください。見合わせた場合は該当箇所に○印を記入してください。	適応	接種 LotNo. 73 82	接種見合わせ（不可） 83
	接種を見合わせた理由	1. 体調不良　2. 発熱　3. 痙れん　4. 1か月以内に病気　5. その他（　　）	

上記のとおり予防接種を実施したので報告します。

医療機関コード番号 84 No. 01-2, 235,5 90

医療機関名　〒590-0103 堺市南区深阪南112－2 医療法人平山こどもクリニック

接種医師名　平山　謙　TEL 072－230－0143

この報告書は様式第4号に添付し実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。