（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（堤市記入欄）
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　堺市　区
	氏名		2	女	91 95 96 99 100 103 Tel（　　）　—
	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

受けるべき予防接種の種類

□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	DPT 三種混合 又は	1期初回	54 1	55 2	56 3	回目	57 1期追加
53	DT 二種混合						
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		
142	BCG						

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（　　）

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。

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　平山