

各 位

大和郡山市保健センター

大和郡山市外の医療機関での予防接種に関する手続き書類の送付について

依頼のありました、予防接種のための手続き書類をお送りします。  
申請書にご記入いただき、保健センター「さんて郡山」に下記の書類を返送してください。

記

- 予防接種市外接種承認依頼申請書
  - ・市外接種希望理由、接種依頼先もご記入ください
  
- 母子健康手帳の「予防接種の記録」の欄または、「予防接種済書」の写し
  
- 接種を希望する予防接種の予診票（お持ちの人のみ）
  
- 110円切手を貼った封筒（返信用）
  - ・あなたの氏名、郵便番号、住所を封筒にご記入ください。この封筒がないと依頼書の返送ができません。

連絡先・送付先

〒639-1136 大和郡山市本庄町317-2  
大和郡山市保健センター 「さんて郡山」  
電話 58-3333 FAX 58-3330

## 予防疫種市外接種承認依頼申請書

大和郡山市長 様

下記の予防疫種を（市外医療機関・県外医療機関・他市区町村）で受けたいので承認し、依頼してください。

申請日：令和 年 月 日 申請者氏名： 被接種者との続柄（ ）

太枠内を記入してください。（あてはまる□に✓チェックしてください。）

|                         |   |   |  |         |     |
|-------------------------|---|---|--|---------|-----|
| ①<br>被接種者               | 住所  | 〒639- 大和郡山市 町   |  | 電話： ( ) |     |
|                         | フリガナ氏名  |   |  |         | 男・女 |
|                         | 生年月日  | 平成・令和 年 月 日生  | ( )歳   | ( )か月   |     |
|                         | 世帯主氏名   | 被接種者との続柄 ( )  |  |         |     |
|                         | 市外居留地   | 住所：   | 電話：  |         |     |
| ②<br>希望市外<br>理由種        | <input type="checkbox"/> 慢性疾患1次接種   | 接種<br>依頼<br>先   | <input type="checkbox"/> 市外医療機関 名称 ( )   |         |     |
|                         | <input type="checkbox"/> かかりつけ医が他市町村  |   | 住所：  |         |     |
|                         | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   | 電話：  |         |     |
|                         |   |   | <input type="checkbox"/> 他市区町村 ( 都道府県 市区町村)  |         |     |
| ③<br>受ける<br>予防疫種<br>の種類 | <input type="checkbox"/> ロタワクチン<br><input type="checkbox"/> 1価：ロタリックス ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 )<br><input type="checkbox"/> 5価：ロタテック ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 )<br><input type="checkbox"/> B型肝炎 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 )<br><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 )<br><input type="checkbox"/> 5種混合1期 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 )<br><input type="checkbox"/> ヒブワクチン ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 )<br><input type="checkbox"/> 4種混合1期 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 )<br><input type="checkbox"/> BCG<br><input type="checkbox"/> 麻しん風しん ( <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 ) |   | <input type="checkbox"/> 水痘 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 )<br><input type="checkbox"/> 日本脳炎1期 ( <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 )<br><input type="checkbox"/> 日本脳炎2期<br><input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風(DT)2期<br><input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん予防ワクチン)<br><input type="checkbox"/> 9価：シルガード9 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |     |
|                         | 県外接種確認  | 連絡先 (住所)  | 都道府県 市区町村  | 電話      | 担当  |
|                         | 依頼先   | <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 医療機関の長                                    | <input type="checkbox"/> 医療機関の指定 確認  |         |     |
|                         | 料金徴収  | <input type="checkbox"/> 市 (無料) <input type="checkbox"/> 保護者 (償還払い) <input type="checkbox"/> 先方負担 |  |         |     |

交付年月日：令和 年 月 日

※ロタ種別が不明の時は、接種依頼先へ確認し、種別に合った回数分の依頼書を作成する。確認できなかった場合は最大2回分までの依頼とし、1回目接種が5価の場合にのみ、後日3回目手続きを行う。

※HPV9価で15歳未満の場合は、2回分の依頼書手続きとする。3回目接種の予定が確定している時は3回分の手続きとする。

|        |    |      |      |        |    |
|--------|----|------|------|--------|----|
| 決<br>裁 | 所長 | 所長補佐 | 庶務係長 | 保健予防係長 | 係員 |
|        |    |      |      |        |    |