

予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

住 所	〒 横浜市港南区		
受ける人の 氏 名	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
	学年	幼 年小・年中・年長 小・中・高・() () 年生	
保護者の 氏 名	電話番号		
	E-mail		

予診票の交付を希望する予防接種名を○で囲んでください。

予防接種名	接種対象年齢
小児用肺炎球菌 (1・2・3) 回目・追加	生後2か月～5歳未満
B型肝炎 (1・2・3) 回目	生後1歳未満
ロタウイルス (1・2・3) 回目	【1価】出生6週0日後～24週0日後 【5価】出生6週0日後～32週0日後
五種混合 1期 (1・2・3) 回目・追加	生後2か月～7歳6か月未満
B C G	生後1歳未満
麻しん風しん (MR) 1期・2期	【1期】生後12か月～24か月未満 【2期】年長相当(今年度6歳の誕生日を迎える子)
水痘 初回・追加	生後1歳～3歳未満
日本脳炎 1期 (1・2) 回目・追加	生後6か月～7歳6か月未満
日本脳炎2期	9歳～13歳未満
二種混合 (D T)	11歳～13歳未満
子宮頸がん予防 (1・2・3) 回目	小学校6年生～高校1年生相当
三種混合 1期 (1・2・3) 回目・追加	
四種混合 1期 (1・2・3) 回目・追加	
ヒブ (1・2・3) 回目・追加	
不活化ポリオ (1・2・3) 回目・追加	