

様式第1号（第3条関係）

東松山市契約外医療機関定期予防接種届出書

年 月 日

東松山市長 宛て

届出者 住 所
氏 名
電話番号

下記の理由により予防接種依頼書の発行を申請します。

（当てはまる理由に○をつけて下さい。）

- 1 契約外医療機関に入院しているとき。
- 2 主治医における管理を必要とする疾病を有し、契約外医療機関において、継続的な治療、経過観察等を受けているとき。
- 3 主な保育者等が県外において出産又は疾病により入院又は加療している場合又は県外に長期にわたり里帰りをしている場合であって、契約医療機関において定期予防接種を受けることが困難なとき。
- 4 事情により県外に事実上居住をしている場合であって、契約医療機関において定期予防接種を受けることが困難なとき。
- 5 県内又は県外の施設等に入所している場合であって、契約医療機関において定期予防接種を受けることが困難なとき。
- 6 その他（ ）

接種を受ける人の氏名	(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住民登録のある住所	〒 東松山市	
	電話番号	
保護者氏名		
滞在先の住所	〒	
	世帯主名 (医療機関等の名称)	
	電話番号	
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
予防接種の種類	<u>ロタ (1価・5価)</u>	<u>1回目・2回目・3回目</u>
	<u>ヒブ (インフルエンザ菌 b 型)</u>	<u>1回目・2回目・3回目・追加</u>
	<u>小児肺炎球菌</u>	<u>1回目・2回目・3回目・追加</u>
	<u>B型肝炎</u>	<u>1回目・2回目・3回目</u>
	<u>5種混合</u>	<u>1回目・2回目・3回目・追加</u>
	<u>BCG</u>	
	<u>水痘</u>	<u>1回目・2回目</u>
	<u>麻しん風しん混合 (MR)</u>	<u>第1期・第2期</u>
	<u>日本脳炎</u>	<u>1回目・2回目・追加</u>
	<u>RS ワクチン</u>	出産予定日
	<u>H P V</u>	<u>1回目・2回目・3回目</u>
接種を受ける医療機関	〒	
	名称	
	電話番号	

送付先