

## 予防接種券交付申請書（転入・再交付）

※太枠内を記入してください。※母子健康手帳の予防接種の記録を全ページコピーし(白紙のページを含む)、添付してください。

転入日 Date of Moving in	年 月 日	お子様は過去に明石市民であったことが Has your child be a resident in Akashi City, in the past?	(ある・ない) Yes / No
申請者名(続柄) Parent/Guardian's Name	( )	電話番号 Phone Num	- -
ふりがな		生年月日 Date of Birth	年 月 日 (満 歳 カ月)
住所 Address	(現在の住民票住所) 明石市		

《再交付をご希望の方は、必要な接種券の種類に☑・回数を○で囲んでください》 ※接種済みのものについては交付いたしません

例…☑日本脳炎(1・2・③・④) □すべて(※すべてに☑を入れた場合、残りの記入は不要です)

□ヒブ(1・2・3・4) □小児用肺炎球菌(1・2・3・4) □B型肝炎(1・2・3) □ロタウイルス(1・2・3)

□四種混合/三種混合(1・2・3・4) □不活化ポリオ(1・2・3・4) □BCG □MR/麻しん・風しん(1・2)

□水痘(1・2) □日本脳炎(1・2・3・4) □二種混合 □HPV(1・2・3)

《母子健康手帳を確認し、接種年月日を記入してください》 《罹患歴》過去にかかったものに☑を入れてください

予防接種名(対象年齢) Vaccine (Target Date)	和暦 平成…4 令和…5	接種歴 Date Given	罹患	市使用		交付する予防接種券										
				種類	登録	0歳	1歳	3歳	年長	9歳	小6	一括				
法定外 (2カ月～3歳未満)		1回目・2回目 1 <sup>st</sup> ・2 <sup>nd</sup>														
ヒブ (=Hib) Haemophilus influenzae type b (2カ月～60カ月未満)		初回1回目 1 <sup>st</sup>														
		初回2回目 2 <sup>nd</sup>														
		初回3回目 3 <sup>rd</sup>														
		追加 Booster														
小児用肺炎球菌 (=PCV13) Pediatric Pneumococcal (2カ月～60カ月未満)		初回1回目 1 <sup>st</sup>														
		初回2回目 2 <sup>nd</sup>														
		初回3回目 3 <sup>rd</sup>														
		追加 Booster														
B型肝炎 Hepatitis B (1歳未満)		1回目 1 <sup>st</sup>														
		2回目 2 <sup>nd</sup>														
		3回目 3 <sup>rd</sup>														
ロタリックス Rotarix ※1 (6週0日後～24週0日後)		1回目 1 <sup>st</sup>														
		2回目 2 <sup>nd</sup>														
ロタテック Rotatec ※1 (6週0日後～32週0日後)		1回目 1 <sup>st</sup>														
		2回目 2 <sup>nd</sup>														
		3回目 3 <sup>rd</sup>														

※1 ロタウイルスワクチン(ロタリックス又はロタテック)はどちらか1種類の接種になります。

裏面に続く➡

予防接種名(対象年齢) Vaccine (Target Date)	和暦 平成…4 令和…5	接種歴 Date Given							罹患	市使用		交付する予防接種券									
		年	月	日	種類	登録	0歳	1歳		3歳	年長	9歳	小6	一括							
四種混合(=DPT-IPV)/ 三種混合(=DPT) Dipftheria, Pertussis, Tetanus, Polio (2カ月～90カ月未満)	1期初回1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回2回目 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回3回目 3 <sup>rd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期追加 Booster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
経口生ポリオ Oral raw polio (2カ月～90カ月未満)	1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不活化ポリオ (=IPV) Inactivated Polio (2カ月～90カ月未満)	1期初回1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回2回目 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回3回目 3 <sup>rd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期追加 Booster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG (1歳未満)	1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
麻疹・風しん (=MR) Measles/Rubella	1期 (12カ月～24カ月未満)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2期 (小学校就学前1年間)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水痘 Varicella (12カ月～36カ月未満)	1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日本脳炎 Japanese Encephalitis (1期:6カ月～90カ月未満) (2期:9歳～13歳未満)	1期初回1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期初回2回目 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1期追加 Booster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2期 2 <sup>nd</sup> term	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二種混合 (=DT) (11歳～13歳未満)	2期	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV(子宮頸がん予防) ※2 Human Papillomavirus (小6～高1相当の女子)	1回目 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3回目 3 <sup>rd</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※2 HPVワクチン(サーバリックス・ガーダシル・シルガード)はいずれか1種類の接種になります。

《事務処理欄》

健管番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEL入力	<input type="checkbox"/>	手帳交付済	<input type="checkbox"/>
受付	年 月 日 サイン	一括(～H25)	<input type="checkbox"/>	接種券	<input type="checkbox"/>
確認	年 月 日 サイン	分割(H26～)	<input type="checkbox"/>	履歴入力のみ	<input type="checkbox"/>
種類 3…三種混合 4…四種混合 5…五種混合/HPV 2…サーバリックス 4…ガーダシル 9…シルガード		KeytoKey	要 ・ 不要 ・ 済		