

予 防 接 種 予 診 票 交 付 申 請 書

江戸川区長 殿

令和 年 月 日

予防接種予診票の交付を申請します。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

T E L _____ (_____)

被接種者との続柄 _____

被 接 種 者	フリガナ お 名 前			男 ・ 女
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
	住 所	☐ 申請者と同じ 江戸川区 TEL ()		
申 請 理 由		新規・転入・再交付・ワクチン不足・その他[]		

必要とする予防接種を○で囲んでください

定 期 接 種

◆Hib ワクチン		・ (生後 2 か月～7 か月に至るまで) 初回 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加
		・ (生後 7 か月～1 歳に至るまで) 初回 1 ・ 2 回目 ・ 追加
		・ (生後 1 歳～5 歳に至るまで) 初回 1 回
◆小児用肺炎球菌		・ (生後 2 か月～7 か月に至るまで) 初回 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加
		・ (生後 7 か月～1 歳に至るまで) 初回 1 ・ 2 回目 ・ 追加
		・ (生後 1 歳～2 歳に至るまで) 初回 1 回 ・ 追加
		・ (生後 2 歳～5 歳に至るまで) 初回 1 回
◆麻しん風しん混合(MR) I 期、II 期		※ I 期特例 令和4年4月2日～令和5年4月1日生でワクチン不足による未接種 ⇒ 令和9年3月 31 日まで接種可 ※ II 期特例 平成 30 年4月2日～平成 31 年4月1日生でワクチン不足による未接種 ⇒ 令和9年3月 31 日まで接種可
◆B型肝炎 1 回目・2回目・3回目	◆ロタウイルス 1 回目・2回目・3回目	※ロタリックスは2回で接種完了
◆日本脳炎 I 期初回 1 回目・2回目、I 期追加、II 期		※特例 平成 19 年 4 月 1 日以前に生まれた 20 未満の方
◆四種混合(DPT-IPV) 1 回目・2回目・3回目・追加	◆五種混合(DPT-IPV-Hib) 1 回目・2回目・3回目・追加	
◆BCG (結核) 1 回	◆不活化ポリオ 1 回目・2回目・3回目・追加	
◆水痘 1 回目・2回目	◆二種混合(DT) II 期 1 回	
◆HPV(子宮頸がん) 1 回目・2回目・3回目		
◇(10 月～1 月) 高齢者インフルエンザ	◇(10 月～3 月) 新型コロナウイルス感染症	
◇高齢者肺炎球菌ワクチン	◇帯状疱疹 1 回目・2回目(不活化のみ)	
任 意 接 種		
◆麻しん風しん混合(MR) I 期、II 期	◆おたふくかぜ 1 回目・2回目	
◆(10月～1月)小児インフルエンザ 1 回目・2回目	◆男性 HPV ワクチン 1 回目・2回目・3回目	
◇高齢者肺炎球菌ワクチン 66 歳以上		

交付枚数	枚	受 付 者	確 認	母子手帳 保険証 端末 その他[]	受 付 印
------	---	-------	-----	--------------------------	-------