

予防接種実施申込書（報告書）
インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌

令和2年度以前に配布した様式には、「無料接種者の確認書類の番号」の枠がありますが、その場合も記載不要です。

黒ボールペンで記入してください。

本人記入欄	申込年月日（接種年月日） 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日										
	フリガナ										
	氏名	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女 <small>※性別の番号を記入してください</small>									
	生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 歳 <small>3 2 1 昭大 明 和正 治</small> <small>必ず記入してください</small>									
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 大阪市 区 <small>郵便番号は必ず記入してください</small>										
	電話（ ） -										
今日、受ける 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> 今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>今日受ける予防接種の種類</th> <th>番号</th> <th>接種対象年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>インフルエンザ（4価ワクチン）</td> <td>20</td> <td>65歳以上</td> </tr> <tr> <td>高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）</td> <td>30</td> <td>65歳</td> </tr> </tbody> </table>		今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢	インフルエンザ（4価ワクチン）	20	65歳以上	高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）	30	65歳
	今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢								
インフルエンザ（4価ワクチン）	20	65歳以上									
高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）	30	65歳									
60歳以上65歳未満であって次の項目に該当する（身体障がい者手帳1級相当） 市民でインフルエンザ及び成人用肺炎球菌予防接種を希望する方は該当する 項目の□にチェックを入れてください。											
<input type="checkbox"/> 心臓の機能の障がいにより自己の身の日常生活活動が極度に制限される方 <input type="checkbox"/> 腎臓の機能の障がいにより自己の身の日常生活活動が極度に制限される方 <input type="checkbox"/> 呼吸器の機能の障がいにより自己の身の日常生活活動が極度に制限される方 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいにより日常生活がほとんど不可能な方											
フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
氏名 予防接種 太郎											
<small>* カナ氏名の間は1マス空ける * 小文字は1マスで記入する * フリガナは、左詰で記入する</small>											

予防接種実施報告書

医療機関記入欄

摘 要	1. 接種 <input type="checkbox"/>
枠内に番号を記入してください。	2. 接種見合わせ <input type="checkbox"/>
自己負担の有無と免除等理由いずれかの番号を記入してください。	1. 自己負担あり 2. 自己負担なし（生活保護受給者） 3. 自己負担なし（市民税非課税世帯） 4. 自己負担なし（公害認定患者） <small>※インフルエンザのみ</small>
接種を見合わせた理由	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 その他（ ）
該当する予診票の質問番号に○印を記入してください。	

予防接種を行ったので報告します。

(請求者) 医療機関コード・施設コードは枠内にご記入ください

医療機関コード
又は施設コード

所在地

医療機関・施設名称
開設者又は代表者
電話番号