

## 特別予防接種実施依頼書 交付申請書

特別予防接種は、基礎疾患を有するなどの健康上の理由により、秋田大学医学部附属病院で治療や経過観察中の乳幼児等に同病院で実施するものです。

1. 被接種者	ふりがな 氏名		生年月日	平成 年 月 日
2. 保護者氏名	氏名	(続柄: )		
3. 現住所/連絡先	〒 010 - 男鹿市 ☎ - - (日中、連絡のとれる番号をお書きください)			
4. 申込事由	基礎疾患により秋田大学医学部附属病院で治療や経過観察中のため			
5. 医師の承諾	医師から特別予防接種の実施について承諾を得ていますか。 はい ・ いいえ			
6. 予防接種種類  ( *発行を希望するものに○ )	＜定期予防接種＞			
	種類	回数		
	四種混合	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) 1 期追加		
	不活化ポリオ	1 回目・2 回目・3 回目・追加		
	二種混合			
	日本脳炎	1 期初回 ( 1 回目・2 回目 ) 1 期追加 2 期		
	麻しん風しん混合	1 期・2 期		
	B C G			
	小児用肺炎球菌	初回接種 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) 追加接種		
	ヒブ	初回接種 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) 追加接種		
	水痘	1 回目・2 回目		
	B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	7. 接種予定日	平成 年 月 日		
8. 健康子育て課 記入欄	受付日	平成 年 月 日		受付者
	受付方法	電話 ・ 来所 ・ FAX		
	備考			