

任意

風しんまたは麻しん風しん混合(MR)予防接種予診票交付申請書

年 月 日

佐賀市長 様

申請者

住所

氏名

電話番号

佐賀市が実施する風しん任意予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名	ふりがな	申請者との続柄	
生年月日・年齢	S・H 年 月 日 (歳)	日中の連絡先	
被接種者住所 (申請者と同じ場合は不要)	佐賀市		
申請の理由 (該当するものに○)	1. 妊娠を希望している(女性のみ) 2. 妊婦と同一世帯である(妊婦の母子健康手帳の提示必要)		
質問① 風しん抗体検査は陰性ですか。			はい いいえ
質問④ 女性の方へ 現在、妊娠、又は妊娠している可能性(生理が遅れている等)がありますか。			はい いいえ

* 予防接種歴は有り無しに関わらず、抗体検査陰性の場合、予防接種の対象となります。

(以下、市記入欄：確認したら□にチェックを入れて下さい。)	受付印
<input type="checkbox"/> 住民確認 (TIARA・運転免許証・健康保険証・その他) 妊婦と同一世帯 <input type="checkbox"/> TIARAで確認 <input type="checkbox"/> 母子手帳で確認(No)	
<input type="checkbox"/> 同居者で抗体検査結果持参の場合、生年月日のWチェック	
<input type="checkbox"/> 書類発行した方は、TIARAに入力：メモ「風疹」 例、○月○日来庁、申請受付。	
<input type="checkbox"/> 書類発行不可者は、下記もチェックを入れ、この申請書のみ担当者へ渡す。	
<input type="checkbox"/> 発行 (渡すものをチェック)	健管番号
<input type="checkbox"/> 予防接種の説明書	
<input type="checkbox"/> 予防接種予診票 (MR・風しんの2種類)：氏名・住所等を記載してもらう	
<input type="checkbox"/> 予防接種済証	
<input type="checkbox"/> 発行不可 (□理由を申請者に説明)	
理由： 住基無し・その他 ()	

受付者サイン