

裏面に続く

（５）接種を希望する予防接種種類及び接種期回数（希望するものに○印）

予防接種種類	接種期回数	接種可能年齢
不活化ポリオ（IPV）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	
B C G		4 歳の誕生日前日まで
5 種混合（DPT-IPV-Hib）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	15歳の誕生日前日まで
4 種混合（DPT-IPV）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	15歳の誕生日前日まで
3 種混合（DPT）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	
2 種混合（DT）	2 期	
B型肝炎	1 回目・2 回目・追加	
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（MR）	1 期・2 期・3 期・4 期	
ヒトパピローマウイルス（HPV）	1 回目・2 回目・3 回目	
ヒブ（Hib）	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加	10歳の誕生日前日まで
小児用肺炎球菌	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加	6 歳の誕生日前日まで
水ぼうそう	1 回目・2 回目	
高齢者肺炎球菌		
帯状疱疹	生 1 回目・不活化 1 回目・不活化 2 回目	

（６）誓約・同意事項 ※該当する項目に☑を入れてください。

本申請にあたり、住民基本台帳を確認することについて、同意します。	☐ はい ☐ いいえ
本書は定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本書が東京都及び厚生労働省に報告されることに同意します。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りその他不正な行為によりを予診票の交付を受けたと認められたときは、予診票の全部又は一部の返還を求められること、また、交付された予診票をもって、すでに予防接種を実施した場合は、予診票の返還に代えて、予防接種に要した費用を返還することに同意します。	☐ はい ☐ いいえ

（医師記入欄）

疾病等の名称 ※「（１）特別の事情」ア・イ・ウに該当する要因を記入

上記疾病等により予防接種を受けられなかった期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

以上により、上記の予防接種種類の接種を可能と判断します。

医療機関所在地：

医療機関名：

医師名：

医療機関連絡先：