

冊番

個別予防接種実施報告書

実施月 (月分)

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

実施医療機関名 _____

(電話番号 -)

医療機関コード _____ 担当者名() _____

< 倉敷市民分 >

	五混	四混	三混	二混	ポリオ	日本脳炎		麻しん (1・2期)	風しん (1・2期)	MR (1・2期)	HPV (子宮頸がん)		ヒブ	小児用 肺炎球菌	水痘	B型 肝炎	ロタ		BCG	合計	
						13歳 未満	13歳 以上				2・4価	9価					ロタ リックス	ロタ テック			
接種																					
予診のみ																					

※県内市外のもの(県内相互乗り入れによる実施分)は、予診票とともに地区医師会へご報告ください。

○県外の住民

件

※倉敷市長あての「依頼書」持参の接種数のみ記入のこと(依頼書と予診票を送付ください)

市への通信欄(予診票の不足等がありましたら、ご記入ください)

保健課処理欄

成人用肺炎球菌

うち内部障がい者数
(60歳以上65歳未満)

接種者数	自己負担者 (3,000)		
	半額免除者 (1,500)		
	全額免除者		
	計		
※半額・全額免除者は予診票へ減免券の貼付が必要です。			
予診のみ			

※実施の翌月10日(10日が休日の場合は前開庁日)までに保健所保健課に御報告をお願いします

※内部障がい者は、障がい者手帳などの写しが必要です。