

裏面に続く

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		
带状疱疹	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：