

（あて先）三鷹市長

定期予防接種実施依頼書交付申請書
（妊婦に対する予防接種）

三鷹市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望しますので、取り計らいをお願いいたく、次のとおり申請します。

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳） （妊娠週数 週 日） （出産予定日 年 月 日）
	住 所	三鷹市 電話 - -
申 請 者	<input type="checkbox"/> 被接種者本人が申請の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）	
	氏 名	続柄（ ）
	住 所	電話 - -
予 防 接 種 の 種 類	RSウイルスワクチン	
滞 在 先 住 所 方 書	〒 様方 電話 - -	
滞 在 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
依 頼 書 の 宛 名	1 市区町村長 ・ 2 医療機関院長	
接 種 を 実 施 す る 市 区 町 村 ・ 医 療 機 関 の 名 称 ・ 住 所	市 区 町 村 :	
	医 療 機 関 名 称 :	
	医 療 機 関 住 所 :	
依 頼 書 の 送 付 先	1 三鷹市の住民登録地 ・ 2 滞在先 3 その他（〒 ）	
希 望 理 由	1 里帰り 2 かかりつけ医 3 その他（ ）	

（あて先）三鷹市長

定期予防接種実施依頼書交付申請書
（妊婦に対する予防接種）

見本

三鷹市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望しますので、取り計らいをお願いいたく、次のとおり申請します。

必ず医師に判断された妊娠週数・出産予定日をご記入ください。

被 接 者	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇
	氏 名	〇 〇 〇 〇
	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 （ 〇歳） （妊娠週数 〇〇週 〇日） （出産予定日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日）
	住 所	三鷹市 〇〇〇 〇丁目 〇〇番 〇〇号 電話 〇〇〇〇－ 〇〇〇〇－ 〇〇〇〇
申 請 者	<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者本人が申請の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）	
	氏 名	続柄（ ）
	住 所	電話 - -
予防接種の種類		RSウイルスワクチン
滞在先住所方書		〒〇〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇県〇〇市 〇丁目 〇番 〇号 〇〇マンション〇〇〇号室 〇〇 〇〇様方 電話 〇〇〇〇－ 〇〇〇〇－ 〇〇〇〇
滞 在 期 間		〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日まで
依 頼 書 の 宛 名		1 市区町村長 ・ 2 医療機関院長
接 種 を 実 施 す る 市 区 町 村 ・ 医 療 機 関 の 名 称 ・ 住 所		市 区 町 村 ：
		医 療 機 関 名 称 ： 〇〇〇〇〇〇クリニック
		医 療 機 関 住 所 ： 〇〇県〇〇〇〇市 〇丁目〇〇番〇〇－〇〇〇号
依 頼 書 の 送 付 先		1 三鷹市の住民登録地 ・ 2 滞在先 3 その他（〒 ）
希 望 理 由		1 里帰り 2 かかりつけ医 3 その他（ ）

宛名が市区町村長の場合は、
1 市区町村長に〇をし、市
区町村名をご記入ください。

母子健康手帳のコピーを添付してください。
（出生届出欄・妊娠中の記録・予防接種記録ページ）

- ◆同封の申請書と母子健康手帳コピーを返送してください。
- ◆見本を参考に出生届出ページ、妊娠中の記録(1)、予防接種記録ページ(5)をコピーしてください。
- ◆窓口にお越しいただく場合は、母子健康手帳もお持ちください。申請書をいただいてから依頼書をお渡しするまで、2週間程かかりますので、余裕を持って申請書を提出してください。

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

子の保護者	続柄	ふりがな	生年月日	職業
	母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
	居住地	見本		
出生届出済証明				
子の氏名	男・女			
出生の場所	都道府県	市区町村		
出生の年月日	年 月 日			
上記の者については出生の届出があったことを証明する。				
市区町村長		印		
※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。				

妊娠

妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

<妊娠3か月> 妊娠8週 ~ 妊娠11週 (月 日 ~ 月 日)	
見本	
※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。	
<妊娠4か月> 妊娠12週 ~ 妊娠15週 (月 日 ~ 月 日)	
見本	
※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう。)	
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。	

最終月経開始日	年 月 日
この妊娠の初診日	年 月 日
胎動を感じた日	年 月 日
分娩予定日	年 月 日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます。)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

予防接種の記録 (5)
その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

見本