

# 予防接種・健診連絡票（転入された20歳未満の方に対する調査票）

提出日： 年 月 日

【R7.4月版】

予防接種の接種済み年月日(★)、乳幼児健康診査の受診歴の有無を母子健康手帳を確認しながら記入し、ご提出ください。  
ご提出いただきました後、未実施の予防接種及び健康診査がございましたら、必要書類(予診票、健診票)をお送りします。

|       |        |     |     |
|-------|--------|-----|-----|
| フリガナ  |        |     |     |
| 氏名    | 生年月日   | 年   | 月 日 |
| 保護者氏名 | 電話番号   | ( ) |     |
| 新住所   | 東京都三鷹市 | 丁目  | 番 号 |
| 前住所   | 転入した日  | 年   | 月 日 |

◆予防接種 ※13歳以上20歳未満の方は太枠の日本脳炎・HPV(女性のみ)・麻しん風しん混合(19歳未満・法定外)のみが対象です。

| 種類    | ※ロタ・小児用肺炎球菌・HPVワクチンには種類があります。<br>必ず、接種したワクチンの種類にも○を付けてください。 |                            |                            |                            | ロタ Rota①<br>(1価・5価)               | ロタ Rota②<br>(1価・5価)               | ロタ Rota③<br>(5価のみ)                |
|-------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 接種年月日 |                                                             |                            |                            |                            | .                                 | .                                 | .                                 |
| 種類    | 五種混合 ①<br>DPT-IPV+Hib                                       | 五種混合 ②<br>DPT-IPV+Hib      | 五種混合 ③<br>DPT-IPV+Hib      | 五種混合 追加<br>DPT-IPV+Hib     | 小児用肺炎球菌<br>PCV ①<br>(13価・15価・20価) | 小児用肺炎球菌<br>PCV ②<br>(13価・15価・20価) | 小児用肺炎球菌<br>PCV ③<br>(13価・15価・20価) |
| 接種年月日 | .                                                           | .                          | .                          | .                          | .                                 | .                                 | .                                 |
| 種類    | 四種混合 ①<br>DPT-IPV                                           | 四種混合 ②<br>DPT-IPV          | 四種混合 ③<br>DPT-IPV          | 四種混合 追加<br>DPT-IPV         | ヒブ ①<br>Hib                       | ヒブ ②<br>Hib                       | ヒブ ③<br>Hib                       |
| 接種年月日 | .                                                           | .                          | .                          | .                          | .                                 | .                                 | .                                 |
| 種類    | 三種混合 ①<br>DPT                                               | 三種混合 ②<br>DPT              | 三種混合 ③<br>DPT              | 三種混合 追加<br>DPT             | ポリオ ①<br>Polio                    | ポリオ ②<br>Polio                    | ポリオ ③<br>Polio                    |
| 接種年月日 | .                                                           | .                          | .                          | .                          | .                                 | .                                 | .                                 |
| 種類    | B型肝炎 ①<br>Hepatitis B                                       | B型肝炎 ②<br>Hepatitis B      | B型肝炎 ③<br>Hepatitis B      | BCG                        | 水痘 ①<br>Varicella                 | 水痘 ②<br>Varicella                 | 麻しん・風しん混合<br>(MR) 第1期             |
| 接種年月日 | .                                                           | .                          | .                          | .                          | .                                 | .                                 | .                                 |
| 種類    | 二種混合第2期<br>DT                                               | HPV(子宮頸がん) ①<br>(2価・4価・9価) | HPV(子宮頸がん) ②<br>(2価・4価・9価) | HPV(子宮頸がん) ③<br>(2価・4価・9価) | 日本脳炎 ①<br>JapaneseEncephalitis    | 日本脳炎 ②<br>JapaneseEncephalitis    | 日本脳炎 追加<br>JapaneseEncephalitis   |
| 接種年月日 | .                                                           | .                          | .                          | .                          | .                                 | .                                 | .                                 |

◆ 新生児訪問・乳幼児健康診査 ※4歳未満のお子さんが対象です。

| 新生児訪問 | 済 ・ 未 | 3～4か月児<br>健康診査 | 済 ・ 未 | 6～7か月児<br>健康診査 | 済 ・ 未 | 9～10か月児<br>健康診査 | 済 ・ 未 | 1歳6か月児<br>健康診査 | 済 ・ 未 | 3歳児<br>健康診査 | 済 ・ 未 |
|-------|-------|----------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|----------------|-------|-------------|-------|
|-------|-------|----------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|----------------|-------|-------------|-------|

【提出方法】 次のいずれかの方法で、ご提出ください。

- ①三鷹市総合保健センターまたは市民課(各市政窓口を含む)の窓口へ提出
- ②三鷹市総合保健センターに郵送
- ③インターネットからフォーム入力により提出(右上の二次元コード読取り)

【連絡先】 〒181-0004 三鷹市新川6-37-1 元気創造プラザ2階  
三鷹市総合保健センター

- ◆予防接種について➡ 健康推進課予防接種係 0422-24-8050
- ◆乳幼児健康診査について➡ 子ども家庭課母子保健係 0422-46-3254

★【予防接種の接種年月日について】

接種年月日は、母子手帳の予防接種記録から転記していただくか、または接種記録ページのコピーの添付をお願いいたします。

インターネットから提出を希望される方はこちらの二次元コードからフォームにご入力ください。



【日本脳炎予防接種について】

日本脳炎の予防接種後に重い病気になった事例があったことをきっかけに、平成17年度から平成21年度まで、日本脳炎の予防接種のご案内を行いませんでした。

この間に接種の機会を逃した方々への特例措置として、平成19年4月1日以前に生まれた20歳未満の方は、公費での接種が可能ですので、予診票をお送りいたします。

【麻しん風しん混合予防接種について】

三鷹市では、麻しん風しんを排除することを目的として、予防接種法上の年齢で接種機会を逸した19歳未満の市民を対象に市内指定医療機関での接種費用を公費負担する事業を行っています。

【任意予防接種費用助成について】

三鷹市では、おたふくかぜ・男性のHPV感染症・小児インフルエンザの任意予防接種に係る費用助成を行っています。詳細は市ホームページをご確認ください。

大切な書類のため、お早目にご提出ください。(定期予防接種、健康診査等は対象年齢が決められています。)

※ご提出いただきました内容は、電子計算組織(三鷹市健康管理システム)に記録し、個人情報の保護に関する法律等に基づき、市が責任をもって管理します。

受領印