

予防接種実施申込書(報告書)

1	2	3	4
---	---	---	---

年 月分

〇〇〇〇ワクチン

10
5

~

予防接種実施申込書(報告書)

ボールペンで太線枠内に記入してください。

保	申込年月日(接種年月日)				予防接種手帳交付番号						(幼稚園・保育園、小・中学校の場合は名称)			整理番号 (医療機関記入欄)									
	令和	[11]	[12]	[13]	[14]	[15]	[16]	日	手帳番号	[45]	-	[46]	[47]	[48]	[49]	[50]	[51]	学校園名	学校・園	年	5	9	
護	接種を受ける方	フリガナ	[17]						[36]	[37]	1	男	住所	堺市 区		Tel () -	91	95	96	99	100	103	
		氏名									2	女											
者	受ける	生年月日	[38]	4	平成	[39]	[40]	[41]	[42]	[43]	[44]	日生(歳 か月)	保護者氏名										
			[5]	令和	[39]	[40]	[41]	[42]	[43]	[44]													
入	記	欄	予防接種の種類	[123]	DPT-IPV 四種混合	1期初回	[124]	[125]	[126]	回目	[127]	1期追加	[61]	日本脳炎	1期初回	[62]	[63]	回目	1期追加	[64]	2期	[65]	
				[52]	DPT 三種混合 又は	1期初回	[54]	[55]	[56]	回目	[57]	1期追加	[66]	DT 二種混合2期									
欄	欄	欄	欄	[53]	DT 二種混合								[104]	子宮頸がん		[105]	[106]	[107]	回目				
				[118]	ポリオ (不活化)	1期初回	[119]	[120]	[121]	回目	[122]	1期追加	[108]	ヒブ		[109]	[110]	[111]	回目	[112]	追加		
欄	欄	欄	欄	[58]	麻しん・風しん混合		[59]	1期	[60]	2期			[113]	小児用 肺炎球菌		[114]	[115]	[116]	回目	[117]	追加		
				[67]	麻しん(はしか)		[68]	1期	[69]	2期			[134]	B型肝炎		[135]	[136]	[137]	回目				
欄	欄	欄	欄	[70]	風しん		[71]	1期	[72]	2期			[138]	ロタ		[139]	[140]	[141]	回目				
				[131]	水痘 (みずぼうそう)		[132]	[133]	回目			[142]	BCG										
欄	欄	欄	欄	[143]	DPT-IPV 五種混合	1期初回	[144]	[145]	[146]	回目	[147]	1期追加											
欄	欄	欄	欄	接種の場合はシールを貼ってください。	適応	接種 LotNo. [73]	[82]	接種見合わせ(不可)	[83]	上記のとおり予防接種を実施したので報告します。		医療機関コード番号	[84]	[90]									
				見合わせた場合は該当箇所に○印を記入してください。	接種を見合わせた理由	1. 体調不良 2. 発熱 3. 瘰れん 4. 1か月以内に病気 5. その他()		※保険診療を行った場合は、接種見合わせ(不可)の委託料の請求はできません。		医療機関名			接種医師名										
この報告書は様式第4号に添付し実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。																							

予防接種実施申込書(報告書)

1	2	3	4
---	---	---	---

年 月分

同時接種

10
5

~

予防接種実施申込書(報告書) 【同時接種用】

ボールペンで太線枠内に記入してください。

保	申込年月日(接種年月日)				予防接種手帳交付番号							(幼稚園・保育園、小・中学校の場合は名称)				整理番号 (医療機関記入欄)															
	令和	11	12	年	13	14	15	16	日	手帳番号	45	46	47	48	49	50	51	学校園名	学校・園	年	5	9									
護	接種を受ける方	フリガナ	17										36	37	男	住所	堺市 区														
		氏名											1	女	91 95 96 99 100 103 TEL () -																
者	受ける	生年月日	38	4	平成	39	40	41	42	43	44	日生(歳 か月)	保護者氏名																		
			5	令和																											
記	入	欄	予接種の種類	123	DPT-IPV 四種混合	1期初回	124	125	126	回目	127	1期追加	61	日本脳炎	1期初回	62	63	回目	1期追加	64	2期	65									
				52	DPT 三種混合 又は	1期初回	54	55	56	回目	57	1期追加	66	DT 二種混合2期																	
欄	入	欄	予接種の種類	53	DT 二種混合											104	子宮頸がん	105	106	107	回目										
				118	ポリオ (不活化)	1期初回	119	120	121	回目	122	1期追加	108	ヒブ	109	110	111	回目	112	追加											
欄	入	欄	予接種の種類	58	麻しん・風しん混合	59	1期	60	2期	134	B型肝炎	135	136	137	回目																
				67	麻しん(はしか)	68	1期	69	2期	138	ロタ	139	140	141	回目																
欄	入	欄	予接種の種類	70	風しん	71	1期	72	2期	142	BCG																				
				131	水痘 (みずぼうそう)	132	133	回目	143	DPT-IPV 五種混合	1期初回	144	145	146	回目	147	1期追加														
医療機関記入欄	行った予防接種のLotNoシールを貼ってください。		LotNo.	73	82	LotNo.	#	#	接種を見合わせた場合、右記枠内に○印をご記入ください。				接種見合わせ(不可)				83	※保険診療を行った場合は、接種見合わせ(不可)の委託料の請求はできません。													
			LotNo.	73	#	LotNo.	#	#	見合わせた理由に○印をご記入ください。該当理由がない場合、その他に症状をご記入ください。				1. 体調不良 2. 発熱 3. 痙攣 4. 4週間以内に生ワクチン接種 5. 1か月以内に病気になる()																		
			LotNo.	73	#	LotNo.	#	#	上記のとおり予防接種を実施したので報告します。				医療機関コード番号		84	90		No.													
この報告書は様式第4号に添付し実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。												医療機関名										接種医師名									

高齢者の
インフルエンザ予防接種実施申込書(報告書)

1	2		3	4
---	---	--	---	---

年 月分

10

5

高齢者のインフルエンザ予防接種実施申込書（報告書）

ボールペンで太線枠内の欄に記入してください。

接種年月日 (申込年月日)	令和 <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="12"/> 年 <input type="text" value="13"/> <input type="text" value="14"/> 月 <input type="text" value="15"/> <input type="text" value="16"/> 日	整理番号 (堺市記入欄)	5 <input style="width: 100%;" type="text"/>
接種を受ける方	住所	堺市 区 Tel(<input style="width: 100%;" type="text"/>)	
	フリガナ	17 <input style="width: 100%;" type="text"/>	36 37 1男・2女 生年月日 38 1 明治・2 大正・3 昭和
	氏名	<input style="width: 100%;" type="text"/>	39 <input type="text" value="40"/> 年 <input type="text" value="41"/> <input type="text" value="42"/> 月 <input type="text" value="43"/> <input type="text" value="44"/> 日 (<input style="width: 50px;" type="text"/> 歳)
予防接種の種類	<input type="radio"/> インフルエンザ	診察前の体温 <input style="width: 50px;" type="text"/> 度 <input style="width: 50px;" type="text"/> 分	
該当箇所に○印を記入してください。	適 応	接 種 LotNo. <input style="width: 100px;" type="text"/>	接種見合わせ(不可) <input style="width: 100px;" type="text"/>
	接種を見合わせた理由 (予診票の質問事項の番号を参照してください。) 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. その他(<input style="width: 100px;" type="text"/>)		
上記のとおり予防接種を実施したので報告します。 医療機関名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 接種医師名 <input style="width: 100%;" type="text"/>		医療機関 コード番号	56 <input style="width: 100%;" type="text"/> 62
自己負担金免除に 該当する者 (医療機関等確認欄)	<input type="checkbox"/> 医療券 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証 <input type="checkbox"/> 介護保険料納入通知書 <input type="checkbox"/> 無料券 <input type="checkbox"/> 堺市公害医療手帳 <input type="checkbox"/> その他(負担限度額認定証等)		

※この報告書は様式第4号に添付し、実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください(医療機関の場合は堺市医師会を経由して)。

堺市記入欄

公害 <input style="width: 100%;" type="text"/>	障害 <input style="width: 100%;" type="text"/>	無料 <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	--	--

予防接種実施状況調

1	2	3	4
---	---	---	---

年 月分

高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種実施報告書

1	2		3	4
---	---	--	---	---

年 月分

10
5

高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種実施報告書

		整理番号 (堺市記入欄)		5	9
接種年月日 (申込年月日)		令和	<input type="text" value="11"/> <input type="text" value="12"/>	年	<input type="text" value="13"/> <input type="text" value="14"/>
				月	<input type="text" value="15"/> <input type="text" value="16"/>
				日	
		<input type="checkbox"/> 定期接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
接種を受ける方	住所	堺市 区			
	フリガナ	Tel()			
	氏名	生年月日			
		17	36	37	38
		1 明治 · 2 大正 · 3 昭和			
		1男	<input type="text" value="39"/> <input type="text" value="40"/>	年	<input type="text" value="41"/> <input type="text" value="42"/>
		2女		月	<input type="text" value="43"/> <input type="text" value="44"/>
		日生 (歳)			
予防接種の種類		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	診察前の体温 度 分		
該当箇所に○印を記入してください。	適 応	接 種 LotNo: <input type="text" value="73"/> <input type="text" value="82"/>	接種見合わせ(不可) <input type="text" value="83"/>		
	接種を見合わせた理由 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. その他()				
上記のとおり予防接種を実施したので報告します。		医療機関 コード番号 No. _____		84	90
医療機関名					
接種医師名					
自己負担金免除に 該当する者 【医療機関確認欄】	生活 保 護 世 帯	<input type="checkbox"/> 医療券	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証	非 課 税 世 帯	<input type="checkbox"/> 介護保険料納入通知書
		<input type="checkbox"/> その他(生活保護受給証明書等)	<input type="checkbox"/> その他(負担限度額認定証等)		

※この報告書は様式第4号に添付してください。

【堺市記入欄】 障害 129
無料 130

肝炎ウィルス検診受診票

DUP		
カラム	68	69
DUP定数		

DUP		
カラム	70	71
DUP定数		

年

月

請求分

No.

～

No.

DUP					
カラム	1	2	3	4	5
DUP定数					

要精検者数 件



肝炎ウイルス検査単独用

肝炎ウイルス検査受診票

整理番号	6	9					
実施医療機関名			医療機関コード番号	No.			

この肝炎ウイルス検査は、20歳以上の堺市民で、今までに堺市の肝炎ウイルス検査を受けたことのない方に対して、無料で実施するものです。

本検査で感染している可能性が高いと判定された方は、専門医療機関で精密検査を受けてください。**（精密検査費用については、大阪府による助成を受けることができます。）**

堺市では、肝炎フォローアップ事業として、検査結果で「陽性」又は「感染の可能性が高い」と判定された方に対して、精密検査や治療の受診状況のお伺いや専門医療機関への受診勧奨を行う場合があります。

1. 肝炎ウイルス検査について上記内容に同意した上で受診を
 希望する 希望しない ※どちらかにをしてください。(必ず自署してください)

住所	堺市									
フリガナ				性	1	2				
氏名				別	男	女				
生年月日	38 1 明	2 大	3 昭	4 平	39	40 年	41 42 43 月	44 日	年齢	満()歳
電話	45		-		-		56			

2. 問診項目(あてはまるところに記載し、又は○を付けてください。)

①肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。
はい()歳頃 ・ いいえ

②これまでに、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

③これまでに、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

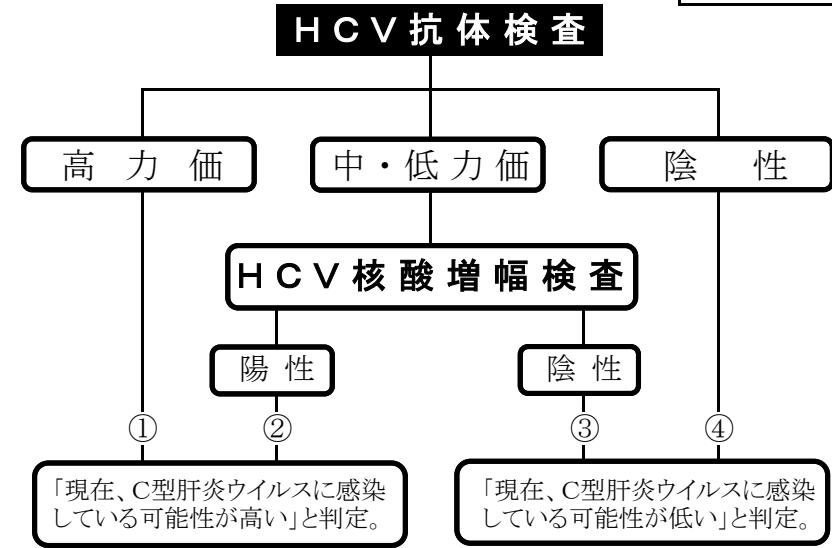
④現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。
はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

⑤現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。
はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

実施年月日	令和	57	58	59	60	61	62	63
		6						
			年			月		日

様式2-2
区分 2 ⁶⁷

●C型肝炎検査結果判定に至る流れ



3. 結果判定(医療機関で必ず記載してください。)

●C型肝炎検査(該当する判定理由に「○」を付けてください。)

判定理由	判定結果
①	「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判断されます。 → <u>精密検査が必要です。</u>
②	
③	「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判断されます。
④	

●B型肝炎検査(該当する項目の左端に「○」を付けてください。)

⁶⁶	陽性 → <u>精密検査が必要です。</u>
	陰性

4. 【要精密検査の場合】今後の方針(該当する項目の左端に「○」を付けてください。)

	当院で精密検査実施
	他院へ紹介 (紹介先医療機関名)
	その他()

(堺市保存用)

特定健診等と肝炎ウイルス検査との同時実施用

肝炎ウイルス検査受診票

整理番号	6	9
実施医療機関名	医療機関コード番号	10 No.

この肝炎ウイルス検査は、20歳以上の堺市民で、今までに堺市の肝炎ウイルス検査を受けたことのない方に対して、無料で実施するものです。

本検査で感染している可能性が高いと判定された方は、専門医療機関で精密検査を受けてください。**（精密検査費用については、大阪府による助成を受けることができます。）**

堺市では、肝炎フォローアップ事業として、検査結果で「陽性」又は「感染の可能性が高い」と判定された方に対して、精密検査や治療の受診状況のお伺いや専門医療機関への受診勧奨を行う場合があります。

1. 肝炎ウイルス検査について上記内容に同意した上で受診を
 希望する 希望しない ※どちらかにをしてください。(必ず自署してください)

住所	堺市				
フリガナ	17		36		37
氏名			性別	1 男	2 女
生年月日	38 1 明	2 大	3 昭	4 平	39
	40 41 年		42 43 月		44 日
年齢	満()歳				
電話	45		56		

2. 問診項目(あてはまるところに記載し、又は○を付けてください。)

①肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。
 はい()歳頃 ・ いいえ

②これまでに、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
 はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

③これまでに、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
 はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

④現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。
 はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

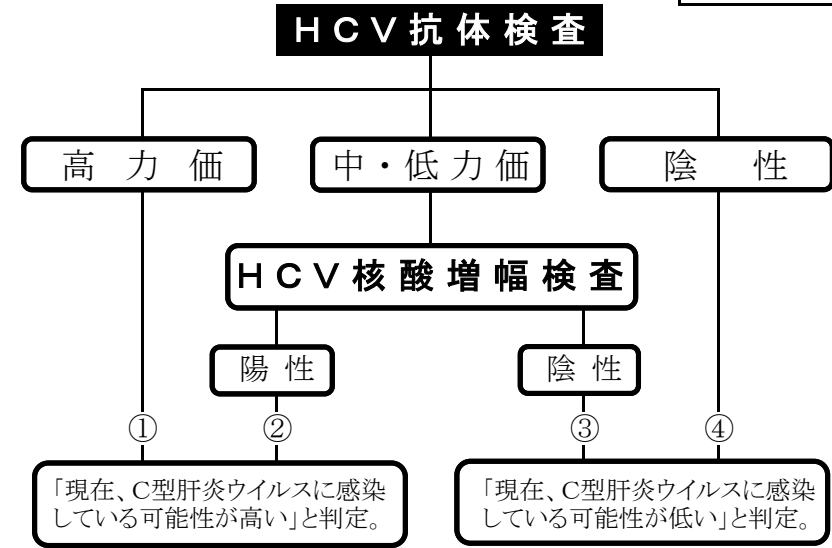
⑤現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。
 はい()歳頃 ・ いいえ ・ わからない

実施年月日 令和 6 年 月 日

様式2-2

●C型肝炎検査結果判定に至る流れ

区分 1



3. 結果判定(医療機関で必ず記載してください。)
 ●C型肝炎検査(該当する判定理由に「○」を付けてください。)

判定理由	判定結果
①	「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判断されます。 → 精密検査が必要です。
②	
③	「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判断されます。
④	

●B型肝炎検査(該当する項目の左端に「○」を付けてください。)

陽性	→ 精密検査が必要です。
陰性	

4. 【要精密検査の場合】今後の方針(該当する項目の左端に「○」を付けてください。)

	当院で精密検査実施
	他院へ紹介 (紹介先医療機関名)
	その他()

(堺市保存用)