

**転入者用**

**予防接種・乳幼児健診実施状況届**  
(19歳以下の方は必ずご提出ください)

記入日	令和	年	月	日
転入日	令和	年	月	日

ふりがな		生年月日	年	月	日
お子さまの氏名	(男・女)		(満	歳	か月)
保護者氏名		電話番号	(父・母・ )		
住所			子ども医療費手続き	済・未	

予防接種名	接種年月日	実施市区町村	発行
ヒブ(Hib)	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日	
	追加	年 月 日	
小児の肺炎球菌	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日	
	追加	年 月 日	
B型肝炎	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日	
ロタ	1回目	ロタリックス・ロタテック	年 月 日
	2回目	ロタリックス・ロタテック	年 月 日
	3回目	ロタリックス・ロタテック	年 月 日
DPT-IPV-Hib (5種混合)	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日	
	追加	年 月 日	
DPT-IPV (4種混合)	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日	
	追加	年 月 日	
BCG(結核)		年 月 日	
MR(※1) (麻しん・風しん混合)	1期	年 月 日	
	2期	年 月 日	

予防接種名	接種年月日	実施市区町村	発行
水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 罹患	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
日本脳炎	1期	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
	追加	年 月 日	
	2期	年 月 日	郵・窓
DT(2種混合)	2期	年 月 日	郵・窓
子宮頸がん (HPV)	1回目	2価 4価 9価	年 月 日
	2回目	2価 4価 9価	年 月 日
	3回目	2価 4価 9価	年 月 日
【任意接種を含む、その他の予防接種】 ※今年のインフルエンザ予防接種歴は記入してください			
おたふくかぜ ( <input type="checkbox"/> 罹患)	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

※1 H18年度からMR混合ワクチン2回接種(それ以前は単独)

【小学校入学前までのお子さまは、以下も必ずご記入ください(一部該当者のみ記入)】

出生状況	週数	週
	体重	g
	身長	cm
新生児聴覚検査	検査	実施・未実施
	実施日	年 月 日
	方法	OAE・ABR・不明
	結果	問題なし・再検査 医療管理( )

給付金申請状況 (R5.2.1以降に出生した方のみ)			
子育て応援給付金	もらった・もらっていない	前居住地での申請	済・未

乳幼児健診等受診状況		実施年月日	発行	案内日
新生児訪問	受けた・受けていない	年 月 日	ハガキ記入	
3～6か月健診 ※2	受けた・受けていない	年 月 日	有・無	
9～11か月健診 ※2	受けた・受けていない	年 月 日	有・無	
1歳6か月児健診	受けた・受けていない	年 月 日	有・無	
2歳児歯科健診	受けた・受けていない	年 月 日	有・無	
3歳児健診	受けた・受けていない	年 月 日	有・無	

※2 乳児健診を受けていない場合、保健センター窓口で前市区町村の受診票と交換します。

◎ お子さまのことで心配なことはありますか [ ない ・ ある ] ⇒ ある方は内容をご記入ください。

【個人情報に関する同意】

- 国の方針では、転入前市での健康情報(健診結果等)を市が把握することを推奨しています。お子さまに関する情報について、転入前市との情報連携(転入前市の情報を印西市が把握すること)に、同意をお願いします。
- 必要に応じて予防接種・乳幼児健康実施状況届の内容について市の関係各課で共有する場合がありますことに同意をお願いします。

保護者署名