

子どもの定期予防接種（A類） 内訳表（令和 年 月接種分）

令和 年 月 日

住 所： _____

医療機関名： _____

電話番号： _____

氏 名： _____

予防接種名		合計	豊中 市民	吹田 市民	箕面 市民	池田 市民	摂津 市民	茨木 市民	豊能 町民	能勢 町民	島本 町民
□タ	接種	ロタリックス									
		ロタテック									
	予診のみ										
B型 肝炎	接種	ビームゲン0.25									
		ビームゲン0.5									
		ヘプタ0.25									
	予診のみ										
小児用 肺炎球菌	接種										
	予診のみ										
五種 混合	接種										
	予診のみ										
BCG	接種										
	予診のみ										
MR	接種										
	予診のみ										
水痘	接種										
	予診のみ										
日本 脳炎	接種										
	予診のみ										
二種混合 (DT)	接種	0.1ml									
	予診のみ										
HPV	接種	9価									
	予診のみ										
RSV	接種										
	予診のみ										
副反応疑い報告書											
計											

<ロスワクチン>

<請求外他市民>

B型肝炎	ビームゲン 0.5mlワクチン		ml	(0.25ml 単位)
------	--------------------	--	----	----------------

豊中市長あての依頼書添付有の人数		件(予防接種毎)
------------------	--	----------