

八王子市保健所 予防接種担当 行

FAX : 644-9100

令和7年度（2025年度）八王子市個別予防接種予診票 注文票

医療機関名			
住所	〒		
電話・担当者名	□ ()	担当者：	
	帳票名	数量	市記入欄
1	ロタウイルス	冊	
2	B型肝炎	冊	
3	小児用肺炎球菌	冊	
4	五種混合	冊	
5	二種混合	冊	
6	四種混合	冊	
7	ヒブ	冊	
8	ポリオ	冊	
9	BCG	冊	
10	麻しん風しん混合	冊	
11	麻しん風しん混合 19歳以上	冊	
12	水痘	冊	
13	日本脳炎	冊	
14	HPV(ヒトパピローマウイルス)感染症 【女性、自己負担額なし】	冊	
15	HPV(ヒトパピローマウイルス)感染症 【男性、自己負担額あり】	冊	
16	おたふくかぜ	冊	
17	就学前等の三種混合(自己負担額あり)	冊	
18	個別予防接種実施報告書	組	
19	相互乗り入れ分 個別予防接種実施報告書	組	
20	BCG接種後の経過	枚	
21	その他 ()		

[受け取り方法]※希望する方法を○で囲んでください

1. 郵送
2. 直接来所受け取り（保健所）（来所予定日 / ）