

相互乗り入れ予防接種実施報告書

令和 年 月 日

別府市医師会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 年 月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり報告します。

市町村名	五種混合	三種混合	二種混合	ポリオ	風しん	MR混合	日本脳炎	乳幼児BCG	水痘	ヒブ	小児用肺炎球菌 15価 20価	B型肝炎				ロタ		HPV 9価	RSV (母子免疫)	接種不可者(予診のみ)	接種不可者(MR皮内反応 検査を実施した場合のみ)	計			
												0.25 ml バイアル	0.25 ml シリンジ	0.5 ml バイアル	0.5 ml シリンジ	2 ml 5価	1.5 ml 1価								
計																									

(注) 医療機関は、実施月分を翌月10日までに当該郡市医師会へ提出する。