

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市ヒブ（Hib）ワクチン接種実施報告書

次のとおり、ヒブ（Hib）ワクチン接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	
			接種不可 (治療を しなかった場合)
初回	1回目	件	件
	2回目	件	件
	3回目	件	件
追加		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、**翌月の10日必着**

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市小児用肺炎球菌ワクチン接種実施報告書

次のとおり、小児用肺炎球菌ワクチン接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	
			接種不可 (治療を しなかった場合)
初回	1回目	件	件
	2回目	件	件
	3回目	件	件
追加		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、**翌月の10日必着**

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市B型肝炎予防接種実施報告書

次のとおり、B型肝炎予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	接種不可 (治療を しなかった場合)
	1回目	件	件
	2回目	件	件
	3回目	件	件
	合 計	件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、**翌月の10日必着**

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市BCG接種実施報告書

次のとおり、BCG接種を実施しましたので、報告します。

接 種	接種不可 (治療をしなかった場合)
件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL(087)839-2870

FAX(087)813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注)実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市四種混合予防接種実施報告書

次のとおり、四種混合予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	
			接種不可 (治療を しなかった場合)
1期初回	1回目	件	件
	2回目	件	件
	3回目	件	件
1期追加		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市不活化ポリオ予防接種実施報告書

次のとおり、不活化ポリオ予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	
			接種不可 (治療を しなかった場合)
1期初回	1回目	件	件
	2回目	件	件
	3回目	件	件
1期追加		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分高松市二種混合（2期）予防接種実施報告書

次のとおり、二種混合（2期）予防接種を実施しましたので、報告します。

接 種	接種不可 (治療をしなかった場合)
件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市麻しん風しん予防接種実施報告書

次のとおり、麻しん及び風しん予防接種を実施しましたので、報告します。

事項 区分	接 種			接種不可 (治療をしなかった 場合)
	MR	麻しん	風しん	
第1期	件	件	件	件
第2期	件	件	件	件
合 計	件	件	件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市水痘予防接種実施報告書

次のとおり、水痘予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	接種不可 (治療をしなかった場合)
	1回目	件	件
	2回目	件	件
	合 計	件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL(087)839-2870

FAX(087)813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注)実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市日本脳炎（1期）予防接種実施報告書

次のとおり、日本脳炎予防接種（1期）を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	接種不可 (治療をしなかった場合)
	1 期初回	1 回目	件
2 回目		件	件
追加		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

※7歳6カ月未満と7歳6カ月以上では委託料単価が違いますので、特例とは必ず分けて報告をお願いします。

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市日本脳炎（2期）予防接種実施報告書

次のとおり、日本脳炎予防接種（2期）を実施しましたので、報告します。

接 種 <u>平成22年4月2日生以降</u> (9歳以上13歳未満)	接種不可 (治療をしなかった場合)
件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL(087)839-2870

FAX(087)813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市日本脳炎（特例1期・特例2期）
予防接種実施報告書

次のとおり、日本脳炎（特例1期・特例2期）予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	
		接 種	接種不可 (治療をしなかった 場合)
特例1期 平成15年4月2日～平成19年4月1日 20歳未満（15歳～19歳）	1回目	件	件
	2回目	件	件
	追 加	件	件
特例2期 平成15年4月2日～平成19年4月1日 20歳未満（15歳～19歳）		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL(087)839-2870

FAX(087)813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注)実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市子宮頸がん予防接種実施報告書

次のとおり、子宮頸がん予防接種を実施しましたので、報告します。

区分 \ 事項	接 種	接種不可 (治療をしなかった場合)
1回目	件	件
2回目	件	件
3回目	件	件
合 計	件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市ロタウイルスワクチン予防接種実施報告書

次のとおり、ロタウイルスワクチン予防接種を実施しましたので、報告します。

事項 区分	ロタリックス (1価)	ロタテック (5価)	接種不可 (治療をしなかった場合)
	接種	接種	
1回目	件	件	件
2回目	件	件	件
3回目		件	件
合計	件	件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)

医療機関番号 _____

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和6年度 月分 高松市五種混合予防接種実施報告書

次のとおり、五種混合予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種	
			接種不可 (治療を しなかった場合)
1期初回	1回目	件	件
	2回目	件	件
	3回目	件	件
1期追加		件	件
合 計		件	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日必着

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付すること。(FAX可)