

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関連絡先

医療機関名

院長名

令和8年度 高松市成人用肺炎球菌予防接種実施報告書

(月分)

事 項 区 分	被 接 種 者	
		65歳 (65歳の誕生日前日から66歳の誕生日前日)
自己負担金 徴収者	件	件
自己負担金 免除者 (要証明書)	件	件

接種不可(見合わせ) <u>保険診療をしなかった場合</u> ※予診票に署名、見合わせた日付を記入すること	件
--	---

添付書類

- (1) 予診票(2枚複写の1枚目)
- (2) 自己負担金免除対象者は、その証明書
- (3) 60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能により、身体障害者手帳1級を有する者は、予防接種対象者確認書又は身体障害者手帳(1～4面)の写し

※(2)・(3)については、該当予診票の後ろにホッチキスで添付※ホッチキスは左上1か所でとめてください

◆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：翌月の10日(土・日・祝日の場合はその翌平日)まで
※8月分(令和8年9月10日締切分)以降は、実施していない場合も0件として
報告すること。(0件の場合FAX可)