

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 年 月分 高松市ロタウイルス予防接種実施報告書

次のとおり、ロタウイルス予防接種を実施しましたので、報告します。

	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	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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 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。

	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

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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 月分 高松市ヒブ（Hib）予防接種実施報告書

次のとおり、ヒブ（Hib）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)
1 回目	件	件
2 回目	件	件
3 回目	件	件
追加	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

FAX：(087)813-0221

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

件数が0の場合は提出不要

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 年 月分 高松市小児用肺炎球菌予防接種実施報告書

次のとおり、小児用肺炎球菌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)
1 回目	件	件
2 回目	件	件
3 回目	件	件
追加	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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 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。

	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
追加	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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 月分 高松市三種混合予防接種実施報告書

次のとおり、三種混合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)
1 回目	件	件
2 回目	件	件
3 回目	件	件
追加	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

FAX：(087)813-0221

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

件数が0の場合は提出不要

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 年 月分 不活化ポリオ接種実施報告書

次のとおり、不活化ポリオ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)
1 回目	件	件
2 回目	件	件
3 回目	件	件
追加	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

FAX：(087)813-0221

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

件数が0の場合は提出不要

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 年 月分 高松市二種混合予防接種実施報告書

次のとおり、二種混合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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 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、麻しん風しん予防接種を実施しましたので、報告します。

	接種（MRワクチン）	接種不可 （治療をしなかった場合）
第 1 期	件	件
第 2 期	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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出（FAX可）

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 年 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。

	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

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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)

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 年 月分 高松市日本脳炎予防接種実施報告書

次のとおり、日本脳炎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)
第 1 期	1 回目	件	件
	2 回目	件	件
	追加	件	件
第 2 期		件	件

※ 特例接種分は別用紙（様式 3 - 1 3）に記載してください。

送付先： 〒 7 6 0 - 0 0 7 4

高松市桜町一丁目 1 0 番 2 7 号 高松市保健所 感染症対策課

F A X : (0 8 7) 8 1 3 - 0 2 2 1

期限： 予診票とともに、翌月の 1 0 日（必着）

※ 1 0 日が土、日、祝日の場合は翌平日まで

実施していない場合も、件数を 0 件として提出（F A X 可）

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 年 月分 高松市日本脳炎（特例）予防接種実施報告書

次のとおり、日本脳炎（特例）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)
第 1 期	1 回目	件	件
	2 回目	件	件
	追加	件	件
第 2 期		件	件

※ **特例接種の対象者は、平成 19 年 4 月 1 日以前の生まれ かつ 20 歳未満の人です。**

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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出（FAX可）

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 年 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。

		接種	接種不可 (治療をしなかった場合)
定期接種	1 回目	件	件
	2 回目	件	件
	3 回目	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

FAX：(087)813-0221

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

実施していない場合も、件数を0件として提出(FAX可)