記入例

（様式１）《医療機関⇒鹿児島県医師会》

年　　月　　日

定期予防接種相互乗り入れ実施報告書（Ａ類疾病）

鹿児島県医師会長　殿

住所　　〇〇市〇〇町〇番地〇号
医療機関名　〇〇病院　　印
電話番号　　〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
報告(事務処理)担当者名　　担当者名は必ずご記入ください

委託契約に基づく定期予防接種相互乗り入れを下記のとおり実施したので、予診票の原本を添えて報告します。

記

接種項目＼市町村名		〇〇市	□□町	△△市			
ＭＲ		1	3				
麻しん（単抗原）							
風しん（単抗原）							
四種混合		4	2				
三種混合							
二種混合							
ＢＣＧ							
日本脳炎	1期		3	8			
	1期特例	1					
	2期			3			
水痘		10		13			
Ｈｉｂ		12		23			
小児用肺炎球菌		2					
Ｂ型肝炎（ﾋﾞｰﾑｹﾞﾝ）							
Ｂ型肝炎（ﾍﾌﾟﾀﾊﾞｯｸｽ）							
不活化ポリオ							
ロタウイルス（ロタリックス：１価）							
ロタウイルス（ロタテック：５価）							
ＨＰＶ（２価：サーバリックス）							
ＨＰＶ（４価：ガーダシル）							
ＨＰＶ（９価：シルガード）							
予診（接種不可者）							
合計		30	8	47			

◇本報告書・市町村単価一覧や振込口座届などの関係書類につきましては、鹿児島県医師会ＨＰ(http://www.kagoshima.med.or.jp/)にも掲載しておりますのでご参照の上、ご活用ください。

◇それぞれの接種項目の件数をご記入ください。
◇用紙不足の場合は、複写してお使いください。
◇提出期限は、翌月７日（必着）です。

提出先:県医師会　地域保健課
〒890-0053　鹿児島市中央町8-1
TEL 099-254-8121　FAX 099-254-8129