

郡山市長 様
(郡山医師会経由)

医療機関名
所在地
電話番号
病院長名

定期予防接種受託医療機関について (回答)

* 希望する事業に○をお願いいたします

定期予防接種 (A類)

BCG	<input type="checkbox"/>	四種混合	<input type="checkbox"/>
麻しん風しん混合 (MR)	<input type="checkbox"/>	HPV	<input type="checkbox"/>
麻しん	<input type="checkbox"/>	ヒブ(インフルエンザ菌b型)	<input type="checkbox"/>
風しん	<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/>
二種混合	<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>
日本脳炎	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>
不活化ポリオ	<input type="checkbox"/>	ロタウイルス (1価)	<input type="checkbox"/>
風しん抗体検査(風しんクーポン対象者向け)	<input type="checkbox"/>	ロタウイルス (5価)	<input type="checkbox"/>
麻しん風しん混合 (風しんクーポン対象者向け)	<input type="checkbox"/>		

定期予防接種 (B類)

高齢者等インフルエンザ	<input type="checkbox"/>
高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/>

法定外予防接種

おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

風しん抗体検査及び風しんワクチン接種 (妊娠を希望する女性等が対象)

風しん抗体検査	<input type="checkbox"/>	風しん (単抗原)	<input type="checkbox"/>
		麻しん風しん混合 (MR)	<input type="checkbox"/>

* 担当医師名 :

担当医氏名につきましては、フリガナの記入もお願いいたします(任意様式にて別紙提出可)

* 受付日・時間(土曜日は小児を除く)・受付日に○をお願いいたします

受付時間		月	火	水	木	金	土
午前	～	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
午後	～	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 接種場所

設ける	<input type="checkbox"/>	設けない	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	------	--------------------------

* 郡山医師会に届けているメールアドレスを保健所感染症係へ周知することについて

周知可	<input type="checkbox"/>	周知否	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------