

(あて先) 千葉市役所 医療政策課

## 令和 8 年度 予診票注文票 (請求先 : 医療政策課 FAX 2 4 5 - 5 5 5 4)

◎注文日 令和 年 月 日

医療機関コード	住所	医療機関名

予診票	5 種混合	D T (二種混合)	日本脳炎 I 期 (3 歳未満)	日本脳炎 I 期 (3 歳以上)	日本脳炎 (II 期)	日本脳炎 (措置)	MR (麻しん風しん 混合)	小児用 肺炎球菌 (PCV20)	水痘
	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚
	B 型肝炎	ロタリックス	ロタテック	HPV 9 価 (シルガード 9)	妊婦用 RS	おたふく	BCG (9 月から受付)	BCG 保護者向リーフレット (9 月から受付)	
	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	
	【風しん対策】※任意 MR (麻しん風しん混合)		【麻しん対策】※任意 MR (麻しん風しん混合)		注意 ・予診票注文受付時間は、平日の午前 9:00 ~ 午後 5:00 です。 ・必ず FAX でご注文をお願いします。 ・ご請求をいただいた後、郵便でお送りいたします。				
枚		枚							