

事業名	対象者	期 日	時 間	場 所	備 考
乳幼児健康相談	乳幼児の保護者	2月22日(金)	午前10時~11時30分	保健センター	みそ汁の塩分測定を希望の方は、当日朝の、みそ汁を50ml程お持ちください。
栄養相談 みそ汁の塩分測定	市民	2月25日(月)	午前10時~11時30分 午後1時30分~3時		
健康相談	市民	2月25日(月)	午後1時15分~2時		
成人歯科健診 歯科相談			午後1時15分~2時30分	血圧測定 尿検査など	
こころの健康相談	不眠・ふさぎ込む・怒りっぽい・認知症などでお悩みの方	2月26日(火)	午後1時~2時30分	東濃保健所	要予約 東濃保健所(☎231111・内線362)または保健センター
麻疹・風しん 混合予防接種 〔医療機関での個別接種〕	平成19年2月以前に生まれた2歳未満のお子さん	1. 麻疹または風しんのいずれにもかかったことがなく、いずれの予防接種も受けたことがないおさんは、2月15日(金)までに保健センターへお申し込みください。 接種は、3月からですが、2月25日(月)以降に申し込みされた医療機関で、接種日時を予約してください。 2. 麻疹または風しんのいずれか一方にかかったことがある場合や、いずれか一方の予防接種を受けたことがある場合は、単独ワクチンの接種となりますので、保健センターへお問い合わせください。			

## 第1期(追加) 3種混合<ジフテリア・百日せき・破傷風>予防接種(個別接種)

- 対象者:** 平成18年8月31日以前に生まれたお子さんと、3種混合ワクチンの第1期を3回接種後1年以上経過し、第1期の追加接種を終了していない7歳未満のお子さん
- 申込方法:** 希望の医療機関を選び、申込書に必要事項を記入し、2月15日(金)までに保健センターまたは最寄りの支所へ提出してください。FAXでも受け付けます(☎530095・保健センターあて・申込後確認の電話をお願いします)。市のホームページからも、申し込みができます。
- 実施期間:** 3月~(3回目接種日から1年以上空けて接種してください)  
(申し込みされた方は、2月25日(月)以降に希望医療機関へ接種日時を予約の上、接種してください)
- ご注意**
- ・接種の前には、「予防接種と子どもの健康」をよくお読みください。
  - ・過去に百日せきと診断されたことがあるおさんは、保健センターへご相談ください。

医療機関	電話番号	実施曜日	時 間	医療機関	電話番号	実施曜日	時 間
土岐市立総合病院	☎2111	月	15:00~16:00	加藤耳鼻咽喉科	☎3722	月~土	8:30~9:00
はやし内科	☎1205	月	15:30~16:00	熊谷医院	☎2008	月・火・水・金	15:00~15:30
ひまわり小児科	☎8839	火・金	14:30~15:30	沢田医院	☎8288	月・火・金・土	12:00~12:30
井籠医院	☎6906	月~土	9:00~12:00	タカギクリニック	☎3959	木	16:30~17:00
高井病院	☎6516	水	17:30~19:00			月・火・木・金	9:00~12:00
川越クリニック	☎0033	月・火・木・金	15:30~16:00	中島医院	☎3225	水・土	15:30~17:30
水野生々堂医院	☎6005	水・土	12:00~12:30			月~金	8:30~12:00
駄知診療所	☎2101	月	15:00~16:00 (月が祝日の場合は水)	西尾産婦人科	☎1211	第1・3・5土	17:00~19:00
陶生堂医院	☎2171	月・火・水・金	16:00~17:30	松井小児内科医院	☎7222	月・火・水・金	11:00~11:50
安藤整形外科	☎5532	月・火・木・金	12:00~12:30 16:00~16:30			月・火・木・金	11:30~12:00
土岐内科クリニック	☎0656	月・火・木・金・土	9:00~12:00	水	15:00~15:30		
荒木内科小児科医院	☎3406	月・火・木・金	17:00~18:30	土	11:30~12:00		
加藤外科皮膚科	☎3982	月~土	9:00~12:00	松本クリニック	☎0567	月・金	13:30~14:00
		木	17:00~18:00	安川医院	☎2866	月・火・水・金・土	16:00~16:30
		金	9:00~12:00	月・火・水・金・土	9:00~12:00		
河合クリニック	☎6155	月~土	15:30~16:00	山村医院	☎2018	月・火・水・木	12:00~13:00
		金	18:30~19:00	火・水・金	17:00~18:30		
		土	12:00~12:30		18:00~19:00		

きりとせん

## 3種混合(追加) 予防接種申込書

希望医療機関名	
---------	--

昨年までの接種状況を記入してください。 1回目接種日 ( 年 月 日 ) 2回目接種日 ( 年 月 日 ) 3回目接種日 ( 年 月 日 )

接種を受けるお子さんの氏名	生 年 月 日	住 所	保護者氏名・電話番号
	平成 年 月 日	〒509-	☎ -