

予防接種申込書・初診

下の太枠 の中をすべてご記入ください。

| | |
|--------|--------------|
| ID | |
| 予約希望日時 | 20 年 月 日 時 分 |

毎週木曜日：13：30-16：00のみの診察になります。

① 予防接種受診者情報

| | | | | | | | |
|----------|--|----------|---|---|------|----|-------|
| (フリガナ) | | 性別 | 男 | 女 | 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| (ローマ字表記) | | | | | 年齢 | | |
| 接種者氏名 | | | | | | | |
| 電話番号(携帯) | | 電話番号(自宅) | | | | | |
| アレルギーの既往 | | 住所 | | | | | |

② 渡航先 ※複数の国に出国する場合は、すべての出国先を記入

| | | | |
|------|---------|----|--|
| 国 | | 都市 | |
| 農村地域 | あり ・ なし | | |

③ 希望ワクチンの有無

| | | | |
|-----------|------|-------|--|
| 希望ワクチンの有無 | 特になし | ワクチン名 | |
|-----------|------|-------|--|

④ 渡航目的 ※該当するものに■をつける。その他の場合は()に記入。

| | | | | | | | | |
|----|--|----------|--|---------|--|----|--|--------|
| 赴任 | | 出張(1回のみ) | | 出張(複数回) | | 留学 | | その他() |
|----|--|----------|--|---------|--|----|--|--------|

⑤ 渡航時期・渡航期間

| | | | | |
|---------------|-------|-------------|--------|---------------|
| 渡航時期が決まっている方→ | | 年 月 日～ | 年 月 日 | (約 年 ヶ月) |
| 渡航時期が未定の方→ | 完全に未定 | おおよその目安がわかる | 年 月 日～ | 年 月 日(約 年 ヶ月) |

⑥ 渡航に関わる接種済みワクチン

海外渡航に際して、過去に他施設で予防接種を受けたことがある場合は、ワクチン名と接種日を記入。

| 過去の 接種状況 | ワクチン名 | 回数 | 接種年月日 | 接種年月日 | 接種年月日 | 備考 |
|-------------|---------|----|-----------|-------|-------|----|
| | (例) 破傷風 | 1 | 2015年1月6日 | | | |
| | ① | | | | | |
| | ② | | | | | |
| | ③ | | | | | |
| | ④ | | | | | |
| | ⑤ | | | | | |
| | ⑥ | | | | | |
| | ⑦ | | | | | |