

清水内科クリニック 予防接種等申込書

※ 以下の太枠内を全て正確に記入してください。

接種年月日

| | | | | | | | |
|-----------|-------|----|-------------|----------|---------------|---|-----------------------|
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| | TEL : | | | 携帯 : | | | |
| 接種者 氏名 | フリガナ | 性別 | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 昭和・平成・令和 (西暦) | 年 | 保護者 氏名 |
| | | | | | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | 歳 | <small>未成年の場合</small> |

当院を知った手段は？ 知人や職場の紹介・ホームページ・看板・近所・通院歴がある・その他 ()

当院ホームページ掲載「渡航ワクチンの選び方」をお読みいただきましたか？ はい・いいえ

▼渡航先についてお伺いします。

| | | | | | | | |
|-----|------------------------|-------|-----------|---|---|-------|------------|
| 渡航先 | 国 | 地域・都市 | 出発日 期間 | 年 | 月 | 日から、約 | (日・週・月・年)間 |
| 目的 | 転勤・留学・出張・旅行・移住・その他 () | | | | | | |

▼希望するものに○を付けてください。(不明であれば白紙でも可)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. A型肝炎 (国産) 2. A型肝炎 (輸入ワクチン) 3. B型肝炎 (国産) 4. A型B型肝炎 (輸入ワクチン) 5. 成人用DPT3種混合 (Tdap) (輸入ワクチン) 6. DPT 3 種混合 (国産) ※D=ジフテリア、P=百日咳、T=破傷風 7. 破傷風 8. 日本脳炎 9. 狂犬病 (輸入ワクチン) 10. 腸チフス (輸入ワクチン) 11. ポリオ (IPV) 12. 4価髄膜炎 (MCV4:メナクトラ) | <ul style="list-style-type: none"> 13. MR (麻しん風しん混合)・麻しん・風しん 14. おたふく (ムンプス・耳下腺炎) 15. 水痘 (水ぼうそう・帯状疱疹) 16. インフルエンザ 17. マラリア予防薬 (マラロン錠) 18. 高山病予防薬 (ダイアモックス錠) 19. 海外渡航者一般健診 20. 結核検査 (ツベルクリン、クオンティフェロン) 21. 抗体検査 (麻しん・風しん・おたふく・水痘) 22. 証明書・診断書 23. その他 |
|---|---|

▼接種ワクチンについてのお尋ね、持病で伝えたいことがあればお書きください。

