

予防接種申込書・成人(20才以上)初診

見本

ID	
予約日時	

下の太枠 の中をすべてご記入ください。

① 予防接種受診者情報

会社名	〇〇〇	所属	生産G	職場電話番号	〇×××(〇〇)××××
出張者氏名	健診 太郎	電話番号(自宅)	0△△△(〇〇)××××	職場FAX番号	〇×××(〇〇)××××
(フリガナ)	ケンシン タロウ	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	緊急連絡先(電話番号)	〇××(〇〇〇〇)××××
接種者氏名	健診 太郎	生年月日	S <input checked="" type="radio"/> H <input type="radio"/>	48 年 6 月 1 日	
出張者との続柄	本人	住所	〒4〇〇-〇〇〇〇 刈谷市住吉町5-1×		

② 出国先 ※複数の国に出国される場合は、すべての出国先をご記入下さい。

国	アメリカ	都市	デトロイト
---	------	----	-------

③ 渡航目的 ※該当するものに○をつけて下さい。その他の場合は()にご記入下さい。

赴任	<input checked="" type="radio"/>	出張(一回のみ)		出張(複数回)		留学		その他 ()
----	----------------------------------	----------	--	---------	--	----	--	---------

④ 出国時期・出国期間 ※該当する方にご記入下さい。

出国時期が決まっている方 →	年 月 日	~	年 月 日	(約 年 ヶ月)
出国時期が未定の方 →	完全に未定	おおよその目安がわかる	<input checked="" type="radio"/>	2012年 12月 30日 ~ 2015年 12月 30日(約 3年 ヶ月)

⑤ 事前渡航の確認 ※出国前に下見や出張などで海外への渡航がある方が対象です。該当する方に○と、「あり」の場合、期間をご記入下さい。

予約日以降の事前渡航の有無	なし <input type="radio"/>	あり <input checked="" type="radio"/>	2012年 9月 1日 ~ 2012年 9月 30日(30 日間)
---------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

注) 副反応の出現の可能性があるため、接種翌日の出国はできません。(経口ポリオの場合は便の中にポリオワクチンが排泄される可能性があるため、4週間出国できません。) 渡航前日にご予約の場合は、再度予約の変更をお願いします。

⑥ 来院できない日の確認(事前渡航以外) ※該当する方に○と、「あり」の場合該当日をすべてをご記入下さい。

来院できない日(事前渡航以外)	なし <input type="radio"/>	あり <input checked="" type="radio"/>	該当日 → 2012年7月22日~7月24日 注) 計画を立てるときに必要な情報です。接種当日は激しい運動や大量の飲酒はできません。
-----------------	--------------------------	-------------------------------------	---

⑦ 出国前の転居の有無 ※該当する方に○と、「あり」の場合該当日をすべてをご記入下さい。

転居の有無と予防接種の意向について	渡航までに転居の予定はない <input checked="" type="radio"/>	転居の予定がある <input type="radio"/>	(年 月 日 ~ へ引っ越す)
	転居後の予防接種は 当院で継続 <input type="checkbox"/> 他院で実施 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/>		

⑧ 他施設での接種状況 ※該当する方に○と、「あり」の場合該当項目をすべてをご記入下さい。

他施設での予約状況	他施設での予約なし <input type="radio"/>	他施設で予約あり <input checked="" type="radio"/>	ワクチン名	狂犬病	接種予定日	2013年4月1日
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ご記入ください。						
他施設での接種状況						
	ワクチン名	回数	接種年月日	ワクチン名	回数	接種年月日
	例) 破傷風	1	2012年1月6日			
	狂犬病	1	2012年5月1日			
	狂犬病	2	2012年5月29日			

⑨ 希望ワクチンの有無 ※該当する方に○と、「あり」の場合該当項目をすべてをご記入下さい。

希望ワクチンの有無	特になし <input checked="" type="radio"/>	接種希望のものがありません <input type="radio"/>	接種希望のがあります <input type="radio"/>	ワクチン名	
-----------	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------	--

⑩ 疾病管理状況 ※該当する方に○と、「あり」の場合該当項目をすべてをご記入下さい。

経過観察中または治療中の疾病の有無	あり <input checked="" type="radio"/>	① 疾病名:	アレルギー性鼻炎	医療機関:	〇〇クリニック
	なし <input type="radio"/>	② 疾病名:		医療機関:	
		主治医は予防接種を実施することを許可している	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>
→ご来院の日までに確認をお願いします					

⑪ 渡航先から提出を求められている書類の有無 ※当院で接種の日付・ワクチンの種類・担当した医師のサインが入った履歴表をお渡しますが、それ以外が必要な方は、「あり」に○をして下さい。証明書の発行には1週間程度お時間頂きます。

書類の有無	なし <input checked="" type="radio"/>	あり <input type="radio"/>	当院の発行する履歴表以外の書類を提出する必要がある場合、書類のコピーを同封し原本は来院時ご持参下さい。
-------	-------------------------------------	--------------------------	---

⑫ 母子手帳の有無の確認

※ご本人の母子手帳が見つかったら、予防接種をする本数を減らすことが出来るかも知れません。必ず探していただいて、あれば初回来院時にご持参下さい。母子手帳の予防接種の部分のコピーでもかまいません。該当するものに○をつけてください。

母子手帳の有無	あり <input checked="" type="radio"/>	探したがなかった <input type="radio"/>	現在探しているが今のところ見あたらない <input type="radio"/>
---------	-------------------------------------	--------------------------------	---