

予防接種申込書・小児(20才未満)初診

見本

下の太枠 の中をすべてご記入ください。

ID	
予約日時	
水曜日コース ・ 金曜日コース	

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	0xxx(〇〇)xxxx
出張者氏名	健診 太郎	電話番号(自宅)	0△△△(〇〇)xxxx	職場FAX番号	0xxx(〇〇)xxxx
(フリガナ)	ケンシン ハナコ	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	緊急連絡先(電話番号)	0xx(〇〇〇〇)xxxx
接種者氏名	健診 花子	生年月日	S 11 年 4 月 4 日 H 〇		
出張者との続柄	長女	住所	〒400-0000 刈谷市住吉町5-1x		

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。

親の赴任の同伴	<input checked="" type="checkbox"/>	留学	<input type="checkbox"/>	ホームステイ	<input type="checkbox"/>	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 →	2012年 12月 30日 ~ 2015年 12月 30日 (約 3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 年 月 日 ~ 年 月 日 (約 年 ヶ月)

⑤ 事前渡航の確認 ※出国前に見下見や親族に会いに行く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="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	2012年 8月 10日 ~ 2012年 8月 16日 (6 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="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	該当日 → 2012年8月10日~16日 ・ 9月4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はできません。習い事(スイミングやテニスなど)のある場合も該当します。

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 type="checkbox"/>	転居の予定がある <input checked="" type="checkbox"/>	(2012年 12月 1日 ~ 東京 へ引っ越し)
		転居後の予防接種は	当院で継続 <input checked="" type="checkbox"/> 他院で実施 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/>

⑧ 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、入学・編入に関して当院履歴表以外の書類が必要な方は、「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。内容によっては証明できない場合もあります。

書類の有無	なし <input type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	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。
-------	-----------------------------	--	---

⑨ 渡航先から求められている予防接種の有無

※渡航先から「これは接種をしてきてください」と言われているワクチンがあれば、「あり」に○とワクチンの種類を記載してください。また文章でわかるものがあればコピーを同封してください。特に留学やアメリカに行かれる際はこういったケースが多く見られますので、一度確認をお願いします。

指定ワクチンの有無	なし <input type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	ワクチン名・接種回数	ポリオ4回・水痘2回・おたふく2回
-----------	-----------------------------	--	------------	-------------------

⑩ 希望ワクチンの有無 ※⑨の指定ワクチン以外でお考えください。該当するものに○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 type="checkbox"/>	接種希望のがあります <input checked="" type="checkbox"/>	ワクチン名	ポリオ・水痘・おたふく
-----------	-------------------------------	--	-------	-------------

当院の海外渡航科で扱っているワクチンは、以下の通りです。ご希望のワクチンが当院にない場合は、他の施設での接種をお願いします。なお、他施設で接種する場合、双方のスケジュールの調整が必要になりますので、ご予約の日程を必ず⑩へご記入下さい。変更の場合もご連絡下さい。

※不活化ポリオ(注射)・Hibワクチンの取り扱いはありません。

※「肺炎球菌」は市町村の補助券は使用できません。

※ワクチンの入荷状況や推奨年齢によって、以下のワクチンすべてが接種できるとは限りません。

《不活化ワクチン》

三種混合ワクチン(DPT) A型肝炎ワクチン
二種混合ワクチン(DT) B型肝炎ワクチン
日本脳炎ワクチン 肺炎球菌ワクチン
狂犬病ワクチン インフルエンザワクチン(シーズン中)
破傷風トキソイド

《生ワクチン》

MR(麻疹風疹混合)ワクチン おたふくかぜワクチン
麻疹ワクチン(麻疹単独) 水痘ワクチン
風疹ワクチン(風疹単独) BCG
経口ポリオ

⑪他施設での予約・接種状況

※該当する方に○と、ある場合は該当内容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	
-----------	-----------	-----------------------	----------	----------------------------------	-------	--

表の最下の吹き出しを参考に日程を確認していただき、**予約がある場合は、必ずこちらにご記入下さい。**ご不明な点があれば、海外渡航支援室までご連絡下さい。

⑫母子手帳を参考に、予防接種を実施した年月日を記入して下さい。接種していない場合は未接種欄の「未」に必ず○を付けてください。

予防接種名	回数	未接種	接種日 (西暦)	接種日 (西暦)	予防接種名	回数	未接種	接種日 (西暦)	接種日 (西暦)		
(経口ポリオ/生ワクチン) ※内服のワクチンです	1	未	1999年8月17日		Hibワクチン	1	未	<input type="radio"/>			
	2	未	1999年8月29日			2	未	<input type="radio"/>			
	3	未	<input type="radio"/>			3	未	<input type="radio"/>			
(不活化ポリオワクチン) ※注射のワクチンです	1	未	<input type="radio"/>			肺炎球菌ワクチン	1	未	<input type="radio"/>		
	2	未	<input type="radio"/>		2		未	<input type="radio"/>			
	3	未	<input type="radio"/>		3		未	<input type="radio"/>			
ツベルクリン	1	未	1999年7月8日		4		未	<input type="radio"/>			
B. C. G	1	未	1999年7月10日		ロタウイルスワクチン	1	未	<input type="radio"/>			
DT二種混合ワクチン	1	未	<input type="radio"/>			2	未	<input type="radio"/>			
DPT三種混合ワクチン ・D(ジフテリア) ・P(百日咳) ・T(破傷風)	1	未	1999年9月30日		MRワクチン (麻疹風疹混合ワクチン)	1	未	<input type="radio"/>	2006年6月9日		
	2	未	1999年10月21日			2	未	<input type="radio"/>			
	3	未	1999年11月30日		MMRワクチン ※外国に居住歴のある方のみ	1	未	<input type="radio"/>			
	4	未	2000年11月30日			2	未	<input type="radio"/>			
	5	未	<input type="radio"/>			疾患名	該当するものに○、罹患接種は日付を記入				
日本脳炎ワクチン	1	未	2002年5月11日		麻疹(はしか)	未	接種	<input type="radio"/>	罹患	<input type="radio"/>	2000年4月6日
	2	未	2002年5月25日		風疹	未	接種	<input type="radio"/>	罹患	<input type="radio"/>	2000年6月8日
	3	未	2003年5月30日		おたふくかぜ	未	接種	<input type="radio"/>	罹患	<input type="radio"/>	2000年8月8日
	4	未	<input type="radio"/>		水痘(水ぼうそう)	未	接種	<input type="radio"/>	罹患	<input type="radio"/>	2004年2月1日
狂犬病ワクチン	1	未	<input type="radio"/>		その他のワクチン		ワクチン名と接種した日付をご記入ください				
	2	未	<input type="radio"/>								
	3	未	<input type="radio"/>								
子宮頸がんワクチン (女子のみ)	1	未	<input type="radio"/>								
	2	未	<input type="radio"/>								
	3	未	<input type="radio"/>								
A型肝炎ワクチン	1	未	<input type="radio"/>								
	2	未	<input type="radio"/>								
	3	未	<input type="radio"/>								
B型肝炎ワクチン	1	未	<input type="radio"/>								
	2	未	<input type="radio"/>								
	3	未	<input type="radio"/>								
	4	未	<input type="radio"/>								
	5	未	<input type="radio"/>								

接種をしていないワクチンはすべて「未」に○を付けて下さい。

注) 母子手帳に「MRワクチン」という記載やシールがある場合は、こちらに記入して下さい。「麻しん」「風しん」と記載やシールがある場合は、ここには書かず、下の欄に分けて記載して下さい。

上下の [] の部分は、日付が重複することはありません。

女の子が対象です。男のお子様は記載の必要はありません。

⑫は、市町村などで行われているワクチン以外も掲載してあります。海外に居住歴がある方のために、種類以外に回数も日本の規定よりも多いものもありますので、すべてを埋める必要はありません。接種していないものには「未」に○をつけてください。

⑬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 type="radio"/>	①疾病名: 中耳炎(○月○日~内服中・発熱なし)	医療機関: ○○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="radio"/>	未確認	→ご来院の日までに確認をお願いします