

■下記の太枠内に記入後、FAX または E-mail にて送信をお願いします。

※予防接種・健康診断に関する資料がある方は、あわせて送信をお願いします。

(お持ちの方は) 診察券番号		生年月日	年	月	日
ふりがな		お名前のローマ字表記			
氏名					
TEL		通話可能な時間	~		
FAX		E-mail			

渡航目的	<input type="checkbox"/> 転勤 ・ <input type="checkbox"/> 出張 ・ <input type="checkbox"/> 留学 ・ <input type="checkbox"/> 旅行 ・ <input type="checkbox"/> 一時帰国 ・ <input type="checkbox"/> その他				
渡航先		渡航日	年	月	日
渡航期間	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 未定	帰国後の出張予定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

ご予約希望内容	年	月	日	時間帯(特にご希望がある場合お書きください)	
第1希望日					
第2希望日					
希望ワクチン名 または 検査項目	<input type="checkbox"/>	破傷風 又は 混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	麻疹・風疹・MR	
	<input type="checkbox"/>	A型肝炎	<input type="checkbox"/>	おたふく	
	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	水痘	
	<input type="checkbox"/>	日本脳炎			
	<input type="checkbox"/>	狂犬病			
	<input type="checkbox"/>	ポリオ	<input type="checkbox"/>	抗体検査	
	<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>	その他	
	<input type="checkbox"/>	髄膜炎			
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ				
<input type="checkbox"/>	相談し決定したい				

健診	要、不要	<input type="checkbox"/>	要	・	<input type="checkbox"/>	不要
英文 証明 書	要、不要	<input type="checkbox"/>	要	・	<input type="checkbox"/>	不要
	指定の用紙	<input type="checkbox"/>	あり	・	<input type="checkbox"/>	なし
	提出期限		年		月	日までに必要

※証明書は書式により3,000円~5,000円(税抜き)となります

■以下についても教えてください。

①会社が負担するワクチン、検査項目、証明書等がある場合、お書きください

<input type="checkbox"/>	破傷風	<input type="checkbox"/>	A型肝炎	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	日本脳炎
<input type="checkbox"/>	狂犬病	<input type="checkbox"/>	ポリオ	<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>	髄膜炎
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	抗体検査	+ 抗体陰性のものの接種			
<input type="checkbox"/>	健診	<input type="checkbox"/>	証明書	必要なものすべて			

②破傷風は年齢によりお勧めるワクチンが異なります。単独ワクチンをご希望か、混合ワクチンでも良いか
(単独のみ ・ 混合でも良い)

③ワクチンの種類により、輸入ワクチン、国産ワクチンのあるものがあります

(輸入を希望 ・ 国産のみ ・ どちらでも可)

④お支払い方法について伺います

(現金 ・ クレジットカード)

お名前	
-----	--

【今までの予防接種歴】

母子手帳等で確認し、記入してください。
母子手帳等がない場合、保護者様に確認し、記入ください。

■接種した年月日を記入してください

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
3種混合DPT (ジフテリア・百日咳・破傷風)					
2種混合DT (ジフテリア・破傷風)					
日本脳炎					
麻疹(はしか)					
風疹					
おたふく					
水ぼうそう					
BCG					

その他のワクチン	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
インフルエンザ					

【今までかかった病気】

病名	いつ頃 または何歳の頃
麻疹(はしか)	
風疹	
おたふく	
水ぼうそう	

※母子手帳で確認できなかった方

<input type="checkbox"/>	保護者様の記憶では、大体接種している
<input type="checkbox"/>	保護者様の記憶では、接種していない
<input type="checkbox"/>	保護者様に確認できなかった
<input type="checkbox"/>	母子手帳を紛失した

■注意事項

①ご予約の1週間以内に37.5℃以上の発熱があった場合、予防接種はできません。
解熱後(37.5℃以下)最低1週間はあけてからになりますので、症状が落ち着いてから予約変更してください。
病気によっては2~4週間空けるものもあるため、ご不明な場合電話でお問い合わせください。

②予防接種の前後1ヶ月以内に麻酔を使用する検査や手術が予定されている方は予約時にお伝えください。

【電話の受付時間】

月・火・水・金	13:00~17:00
木曜日は休診です	
土	13:00~14:00

【予防接種を行っている曜日・時間】

月	9:00~11:30
	13:00~16:00
火・水・金	13:00~16:00
木曜日は休診です	
土	9:00~13:00

〒457-8511

愛知県名古屋市中区白水町8番地
だいでうクリニック 予防接種センター

直通TEL: 052-611-8650

FAX: 052-611-8651(24時間対応)

E-mail: yobou@daidohp.or.jp