

トラベルワクチン 予防接種申込み表

☆ 初診時にご記入の上ご持参ください。

医療法人 瑠璃会 AYクリニック

(ふりがな)			
お名前	(男 ・ 女)		
生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
ご住所	(〒 -)		
電話番号	自宅 :	- -	携帯 :
			- -

下記のついてご質問いたします。

☆ トラベルワクチンを接種されるのは初めてですか？ (はい ・ いいえ)

* いいえとお答の方にお聞きます。いつ頃、何の予防接種をされましたか？ 接種時期 (年 月頃)

また、種類をお聞かせください。 ()

☆ 渡航先と時期をお聞かせ下さい。(国名)

(渡航日) 年 月 日

☆ 滞在期間はどのくらいのご予定ですか？ ()

☆ ご希望の予防接種の種類はお決まりですか？(決まっている ・ 決まっていない)

* お決まりの場合、ご希望の種類に☑をお入れ下さい。

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|
| <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"/> 腸チフス | <input type="checkbox"/> ポリオ | <input type="checkbox"/> 髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん | <input type="checkbox"/> 風しん | <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR) | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ |
| <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> コレラ | <input type="checkbox"/> ダニ媒介性脳炎 | |
| <input type="checkbox"/> 二種混合 | <input type="checkbox"/> 三種混合 | <input type="checkbox"/> その他 () | |

☆ 予防薬の処方をご希望されますか？

- マラリア予防薬 高山病予防薬

☆ 予防接種は健康保険の適用はされず、全額自己負担となります。

また、領収証を個人名以外の団体様名・企業様名で発行をご希望される場合は必ずお知らせください。

領収証の宛名()様

☆ ご質問があればご記入ください。

()

医療法人 瑠璃会 AYクリニック 四ツ橋
 〒 550-0014
 大阪市西区北堀江1丁目2-19
 アステリオ北堀江ザ・メトロタワー5F
 TEL: 06-6110-7005