

予防接種申込書・成人(18歳以上)初診

下の太枠 ☐ の中をすべてご記入ください。

見本

ID

予約日時

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	0×××(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	0×××(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)	0××(〇〇〇〇)××××
接種者氏名	健診 太郎	生年月日(西暦)	1985 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ください。

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

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

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

④ 出国時期・出国期間 ※該当する方にご記入ください。

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 <input type="radio"/> おおよその目安がわかる <input checked="" type="radio"/> 2025年 12月 1日 ~ 2028年 12月 1日 (約 3年 0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、期間をご記入ください。

予約日以降の事前渡航の有無	なし <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 2025 年 9 月 1 日 ~ 2025 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。

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ください。

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 → 2025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ください。

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="radio"/> 他院で実施 <input type="radio"/> 検討中 <input type="radio"/>	

⑧ 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ください。

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 checked="" type="radio"/> 未確認 <input type="radio"/> →ご来院の日までに確認をお願いします	

⑨ 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○をしてください。
証明書の発行には1週間程度お時間いただきます。

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ください。
-------	---

⑩ 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ください。
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"/>
---------	--

⑪ 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ください。

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"/> ワクチン名
-----------	---

⑫ 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ください。

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 2026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	<table><tr><th>ワクチン名</th><th>回数</th><th>接種年月日</th></tr><tr><td>例) 破傷風</td><td>1</td><td>2025年1月6日</td></tr><tr><td>狂犬病</td><td>1</td><td>2025年5月1日</td></tr><tr><td>狂犬病</td><td>2</td><td>2025年5月29日</td></tr></table>	ワクチン名	回数	接種年月日	例) 破傷風	1	2025年1月6日	狂犬病	1	2025年5月1日	狂犬病	2	2025年5月29日
ワクチン名	回数	接種年月日											
例) 破傷風	1	2025年1月6日											
狂犬病	1	2025年5月1日											
狂犬病	2	2025年5月29日											