

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	○○○	所属	生産G			職場電話番号	○×××(○○)××××			
出張者氏名	健診 太郎	電話番号(自宅)	○△△△(○○)××××			職場FAX番号	○×××(○○)××××			
(フリガナ)	ケンシン タロウ	性別	男	<input checked="" type="radio"/>	女	生年月日 (西暦)	1985	年 6 月 1 日	緊急連絡先(電話番号)	○××(○○○○)××××
接種者氏名	健診 太郎									
出張者との続柄	本人	住所	〒	400-0000 割谷市住吉町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)		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	およそその目安がわかる	<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	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	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		年 月 日～	へ引っ越し
			転居後の予防接種は	当院で継続	他院で実施	検討中

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: ○○クリニック			
	なし	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		→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	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ると、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		現在探しているが今のところ見あたらない
---------	----	----------------------------------	----------	--	---------------------

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す	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	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
他施設での接種状況	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。						
	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	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				