

予防接種申込書・小児（高校生および17歳以下）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	
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	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 ハナコ		性別	男		女	〇	生年月日(西暦)	2017	年	4	月	4	日
接種者氏名	健診 花子													
出張者との続柄	長女		住所	〒400-0000 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。

親の赴任の同伴	〇	留学		ホームステイ		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 →	2025	年	12	月	1	日	～	2028	年	12	月	1	日	(約	3	年	0	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、期間をご記入ください。

予約日以降の事前渡航の有無	なし		あり	〇	2025	年	8	月	10	日	～	2025	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。

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	〇	該当日 →	2025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		転居の予定がある	〇	2025	年	11	月	1	日	～	東京	へ引っ越す
				転居後の予防接種は	当院で継続	〇	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	〇	①疾病名:	中耳炎(〇月〇日～内服中・発熱なし)		医療機関:	〇〇クリニック				
	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	〇	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○をつけてください。証明書の発行には1週間程度お時間いただきます。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	〇	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 入学予定学校の確認 ※該当するものに○をつけてください。

未定		日本人学校	〇	インターナショナルスクール(アメリカ)		インターナショナルスクール(アメリカ以外)	
----	--	-------	---	---------------------	--	-----------------------	--

注意

スケジュールを組むのに必要な情報が裏面にあります。
裏面も忘れずにご記入ください。

接種者氏名

健診 花子

生年月日

2017年4月4日

※FAXで送付される場合など、どなたの申込用紙かわかるよう、こちらにも氏名、生年月日をご記入ください。

⑪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のような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

あり

○

ワクチン名・接種回数

ポリオ4回・水痘2回・おたふく2回

⑫希望ワクチンの有無

※⑪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ください。

希望ワクチンの有無

特になし

○

接種希望のものがありません

ワクチン名

⑬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

ワクチン名

予約がある場合は、必ずこちらにご記入ください。ご不明な点があれば、海外渡航支援室までご連絡ください。

⑭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ください。

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）	予防接種名	回数	未接種	接種日（西暦）		
（経口ポリオ/生ワクチン）	1	未	○	A型肝炎ワクチン	1	未	○		
	2	未	○		2	未	○		
（不活化ポリオワクチン）	1	未	○	狂犬病ワクチン	3	未	○		
	2	未	○		1	未	○		
	3	未	○		2	未	○		
	4	未	○	3	未	○			
B. C. G	1	未	2017年7月10日	子宮頸がんワクチン	1	未	○		
D T 二種混合ワクチン	1	未	○		2	未	○		
D P T 三種混合ワクチン	1	未	○		ロタウイルスワクチン	3	未	○	
	2	未	○	1		未	2017年10月21日		
	3	未	○	2		未	2017年11月30日		
	4	未	○	3	未	○			
	5	未	○	MRワクチン（麻疹風疹混合ワクチン）	1	未	2024年6月9日		
DPT-IPV 四種混合ワクチン	1	未	2017年9月30日		2	未	○		
DPT-IPV-Hib 五種混合ワクチン	2	未	2017年10月21日	疾患名	該当するものに○、罹患接種は日付を記入				
	3	未	2017年11月30日	麻疹（はしか）	罹患	2018年4月6日			
	4	未	2018年11月30日	風疹	罹患	2018年6月8日			
Hibワクチン	1	未	2017年9月30日	おたふくかぜ	未	接種	○	罹患	2018年8月8日
	2	未	2017年10月21日		未	○	接種	罹患	年 月 日
	3	未	2017年11月30日	水痘（水ぼうそう）	未	接種	罹患	○	2022年2月1日
	4	未	2018年11月30日		未	○	接種	罹患	年 月 日
肺炎球菌ワクチン	1	未	○	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	○		年 月 日				
	3	未	○		年 月 日				
	4	未	○		年 月 日				
日本脳炎ワクチン	1	未	2020年5月11日	その（インフルエンザ）は直近をご記入	⑭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○を付けてください。				
	2	未	2020年5月25日		年 月 日				
	3	未	2021年5月30日		年 月 日				
	4	未	○		年 月 日				
B型肝炎ワクチン	1	未	2017年7月10日	年 月 日					
	2	未	2017年8月7日	年 月 日					
	3	未	2018年1月10日	年 月 日					