

渡航前ワクチン 予約申込書

※必要事項を記入しFAX送信後(FAX：098-982-6568) お電話にて予約申し込みください。

中部病院 代表番号 (TEL：098-973-4111 音声ガイダンス 2 番→2 番 (予約センター))

申込者： _____ (続柄： _____) 連絡先： _____
カナ 大・昭

希望者名： _____ 生年月日： 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____ 中部病院ID： _____

住所： _____

渡航先(国・地域など) _____

渡航期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ ・日・ヶ月・年間)

【接種希望のワクチン】 (○をつけてください)

- ・A型肝炎 ・B型肝炎 ・狂犬病 ・破傷風 ・ポリオ ・麻疹 ・風疹 ・インフルエンザ
- ・水痘/带状疱疹 ・ムンプス(おたふく風邪) ・日本脳炎 ・髄膜炎菌 ・3種混合
- ・4種混合 ・その他(_____)

※注意事項※ 必ずお読みください。

- ・費用は自費扱いとなります(おおよその料金は当院ホームページの一覧よりご確認ください)
- ・過去のワクチン接種内容を確認する必要があるため母子手帳の持参をお願い致します。
- ・初回受診後にワクチンの取り寄せを開始します。
接種できるのは原則として2回目の受診からです。
- ・出発までの日数が短い場合、ご希望のワクチン接種が完了できないことがあります。
(3ヶ月程度の余裕をもって初回受診いただくようお願いします)
- ・持病やアレルギーなどがある場合、ワクチン接種ができないこともあります。

※詳細については来院時に担当医師へご確認ください。

- ・マラリアの予防内服、結核の検査(ツベルクリン反応・IGRA)についても受診時に
担当医師へご相談ください。

上記の注意事項を了承の上、予約を申し込む (署名： _____)

【受診時にもってくるもの】

- ・母子手帳 ・医師の記入が必要な書類がある場合は受診時にご持参ください。
- ・診察券(お持ちの方)