

予防接種問診票

母子手帳があれば、予防接種記録のページを画像で添付して下さい。必要ワクチンを前もって準備するので待ち時間が短くなります。

留学先などからの予防接種要項などある時は、資料を添付して下さい。

麻疹、風疹、水痘、おたふくの抗体がない時には渡航前にワクチンをします。接種歴にもかかわらず抗体獲得していない方が多いです。

クリニックへ電話（木、土、日曜日を除く昼から）していただき予約日を決めます。

診察券番号 (初診は不要)					
生年月日	西暦	年	月	日	
ふりがな					
氏名	様				
性別	男	女			
住所	〒				
TEL					
E-mail					
渡航目的	仕事	帯同家族	留学	旅行	
	一時帰国	その他	()	
渡航先	国	:			
	都市	:			
渡航期間	未定	年	月	週	日
渡航日	未定	年	月	日	
一時帰国の予定	未定	年	月	日	
ワクチン接種歴 (わかる範囲で)	三種混合	回	接種年月日	()
	二種混合	回	接種年月日	()
	四種混合	回	接種年月日	()
	五種混合	回	接種年月日	()
	日本脳炎	回	接種年月日	()
	不活化ポリオ (2012/9以降)	回	接種年月日	()
	生ポリオ (2012/8まで)	回	接種年月日	()
	B型肝炎	回	接種年月日	()
	その他の ワクチン	回	接種年月日	()
	回	接種年月日	()	