

予防接種申込書

事務使用欄	I D	
	予約日時	

必要事項を記入または該当するものに○印を記入してください。

必須	フリガナ			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	母子手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(不明)
	接種者氏名			生年月日(西暦)	年	月	日		
	ローマ字氏名			電話番号(自宅)	-	-	-		
		パスポート通りのローマ字氏名をご記入ください		連絡のつく電話番号	-	-	-		
	住所	〒 -		FAX番号(自宅)	-	-	-		
	メールアドレス			@					
	診察券番号	(8桁)		←当院で受診歴が有る方は診察券の登録番号を記入してください。					
任意	会社名			電話番号(部署)	-	-			
	所属部署名			FAX番号(自宅)	-	-			
未成年者必須年	保護者氏名			保護者の連絡先電話番号	-	-			
渡航の場合は必須	出国先(国名)			出国先(都市名)					
	渡航目的								
	渡航期間	出国日	年	月	日	約	年	ヵ月	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。
		帰国日	年	月	日				
渡航先への提出書類	<input type="checkbox"/> あり	当院で接種日付・ワクチン種類・担当医師のサインが入った履歴表をお渡しますが、別途証明書が必要な方は「あり」に○をして下さい。証明書(有料)の発行には1週間程度お時間を頂きます。内容によっては証明できない場合もあります。							
	<input type="checkbox"/> なし								
必須	来院希望日	いつでもよい		希望時間帯	10:30~11:00	14:00~14:30			
		年	月		日	11:00~11:30	14:30~15:00		
		※ワクチン外来は月曜日のみ			11:30~12:00	15:00~15:30			
					13:30~14:00	15:30~16:00			
	接種希望ワクチン等	四種混合(DPT-IPV)		風しん(三日ばしか)	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型(ヒブ)				
		三種混合(DPT)		水痘(みずぼうそう)	ロタ(1価)[ロタリックス]				
		二種混合(DT)		ムンプス(おたふくかぜ)	ロタ(5価)[ロタテック]				
		破傷風		A型肝炎	子宮頸がん(4価)[ガーダシル]				
		不活化ポリオ		B型肝炎	ツベルクリン反応検査				
		日本脳炎		狂犬病	マラリア予防				
BCG		髄膜炎菌	带状疱疹[シングリックス]						
MR(麻しん・風しん混合)		肺炎球菌(13価)[プレハナー]	接種が必要なワクチンを相談したい						
麻しん(はしか)		肺炎球菌(23価)[ニューモバックス]							
該当者のみ記入	他施設での接種予定	ワクチン名		接種日	年	月	日	海外渡航に際して、今後接種予定がある場合	
		ワクチン名		接種日	年	月	日		
		ワクチン名		接種日	年	月	日		
	経過観察中または治療中の疾病	疾病名			主治医が予防接種をすることを許可している必要があります。接種日までに許可をご確認ください。				
	疾病名								
任意	その他、伝えておきたいことがあればご記入ください								

次ページ(裏面)の予防接種を実施したワクチンに関する情報も記入してください。

必須	接種者氏名	
----	-------	--

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、こちらにも氏名をご記入ください。

必須	予防接種を実施したワクチンに○を付け、接種年月日を西暦で記入して下さい。 ※母子手帳を確認して記入してください。						
	四種混合(DPT-IPV) (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日
	三種混合(DPT) (ジフテリア・百日咳・破傷風)	年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日
	二種混合(DT) (ジフテリア・破傷風)	年	月	日	年	月	日
	破傷風	年	月	日	年	月	日
	ポリオ	年	月	日	年	月	日
	日本脳炎	年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日
	BCG	年	月	日	年	月	日
	MR(麻しん・風しん混合)	年	月	日	年	月	日
	MMR(麻しん・ムンプス・風しん混合)	年	月	日	年	月	日
	麻しん(はしか)	年	月	日	年	月	日
	風しん(三日ばしか)	年	月	日	年	月	日
	水痘(みずぼうそう)	年	月	日	年	月	日
	ムンプス(おたふくかぜ)	年	月	日	年	月	日
	A型肝炎	年	月	日	年	月	日
	B型肝炎	年	月	日	年	月	日
	狂犬病	年	月	日	年	月	日
	髄膜炎菌	年	月	日	年	月	日
	肺炎球菌(13価) [プレバナー]	年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日
	肺炎球菌(23価) [ニューモバックス]	年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日
	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型 (ヒブ)	年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日
	ロタ(1価) [ロタリックス]	年	月	日	年	月	日
	ロタ(5価) [ロタテック]	年	月	日	年	月	日
	子宮頸がん(2価) [サーバリックス]	年	月	日	年	月	日
	子宮頸がん(4価) [ガーダシル]	年	月	日	年	月	日
	帯状疱疹[シングリックス]	年	月	日	年	月	日
	ツベルクリン反応検査	年	月	日	年	月	日
	今年度に接種したインフルエンザワクチン	年	月	日	年	月	日

元号西暦対照表

元号	西暦	元号	西暦	元号	西暦	元号	西暦
大正2年	1913	昭和15年	1940	昭和43年	1968	平成7年	1995
大正3年	1914	昭和16年	1941	昭和44年	1969	平成8年	1996
大正4年	1915	昭和17年	1942	昭和45年	1970	平成9年	1997
大正5年	1916	昭和18年	1943	昭和46年	1971	平成10年	1998
大正6年	1917	昭和19年	1944	昭和47年	1972	平成11年	1999
大正7年	1918	昭和20年	1945	昭和48年	1973	平成12年	2000
大正8年	1919	昭和21年	1946	昭和49年	1974	平成13年	2001
大正9年	1920	昭和22年	1947	昭和50年	1975	平成14年	2002
大正10年	1921	昭和23年	1948	昭和51年	1976	平成15年	2003
大正11年	1922	昭和24年	1949	昭和52年	1977	平成16年	2004
大正12年	1923	昭和25年	1950	昭和53年	1978	平成17年	2005
大正13年	1924	昭和26年	1951	昭和54年	1979	平成18年	2006
大正14年	1925	昭和27年	1952	昭和55年	1980	平成19年	2007
大正15年	1926	昭和28年	1953	昭和56年	1981	平成20年	2008
昭和元年		昭和29年	1954	昭和57年	1982	平成21年	2009
昭和2年	1927	昭和30年	1955	昭和58年	1983	平成22年	2010
昭和3年	1928	昭和31年	1956	昭和59年	1984	平成23年	2011
昭和4年	1929	昭和32年	1957	昭和60年	1985	平成24年	2012
昭和5年	1930	昭和33年	1958	昭和61年	1986	平成25年	2013
昭和6年	1931	昭和34年	1959	昭和62年	1987	平成26年	2014
昭和7年	1932	昭和35年	1960	昭和63年	1988	平成27年	2015
昭和8年	1933	昭和36年	1961	昭和64年	1989	平成28年	2016
昭和9年	1934	昭和37年	1962	平成元年		平成29年	2017
昭和10年	1935	昭和38年	1963	平成2年	1990	平成30年	2018
昭和11年	1936	昭和39年	1964	平成3年	1991	平成31年	2019
昭和12年	1937	昭和40年	1965	平成4年	1992	令和元年	
昭和13年	1938	昭和41年	1966	平成5年	1993	令和2年	2020
昭和14年	1939	昭和42年	1967	平成6年	1994	令和3年	2021