



## 海外渡航者用予防接種申込書（成人用）

①海外出張・出向者情報 （個人でお申し込みの方は、出国先欄からご記入ください。）

|                     |                   |                            |                   |
|---------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| 会社(所属)              | ( _____ )         |                            |                   |
| 会社電話番号              |                   | 会社FAX                      |                   |
| 出国先                 | 国名: _____         | 都市名: _____                 |                   |
| 出国予定日<br>(海外での滞在期間) | 年 _____ 月 _____ 日 | (滞在期間: 約 _____ 年 _____ ヶ月) |                   |
| (フリガナ)              |                   | 性別                         | 男 _____ 女 _____   |
| 接種者氏名               |                   | 生年月日<br>(和暦)               | 年 _____ 月 _____ 日 |
| 現住所                 | 〒 _____           |                            |                   |
| 電話番号(ご自宅)           |                   | 緊急連絡先<br>(携帯番号)            |                   |
| FAX番号               |                   | Emailアドレス                  |                   |

※ 一時帰国中の方は、次に出国される日にち及びその滞在期間をご記入ください。

②接種日について

|     |                        |  |                                |                                 |
|-----|------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| 接種日 | ご希望接種開始日をご記入ください。      |  | 接種日                            | _____ 年 _____ 月 _____ 日         |
|     | 接種希望ワクチン               | <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 狂犬病<br><input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 |                                |                                 |
|     | ☑をお入れ下さい               |  |                                |                                 |
|     | 同日に複数のワクチン接種を希望されますか → |  | <input type="checkbox"/> 希望します | <input type="checkbox"/> 希望しません |
|     | 日本で一時帰国の滞在期間(該当者のみ)    | _____ 年 _____ 月 _____ 日  | ~                              | _____ 年 _____ 月 _____ 日         |

③治療中の疾病について どちらかに○

|           |      |  |             |             |
|-----------|------|--|-------------|-------------|
| 治療中の疾病の有無 | なし   |  | ①疾病名: _____ | 医療機関: _____ |
|           | あり → |  | ②疾病名: _____ | 医療機関: _____ |
|           |      |  | ③疾病名: _____ | 医療機関: _____ |

④予防接種歴についてお聞きます

※下記の種類で接種歴がありましたら最終接種年月をご記入下さい

| ワクチン名 | 最終接種年月             | ワクチン名 | 最終接種年月             |
|-------|--------------------|-------|--------------------|
| A型肝炎  | 平成 _____ 年 _____ 月 | おたふく  | 平成 _____ 年 _____ 月 |
| B型肝炎  | 平成 _____ 年 _____ 月 | 水痘    | 平成 _____ 年 _____ 月 |
| 破傷風   | 平成 _____ 年 _____ 月 | 風疹    | 平成 _____ 年 _____ 月 |
| 日本脳炎  | 平成 _____ 年 _____ 月 | 麻疹    | 平成 _____ 年 _____ 月 |
| 狂犬病   | 平成 _____ 年 _____ 月 | 肺炎    | 平成 _____ 年 _____ 月 |

《 お願い 》

- ※ 海外渡航者用予防接種申込書の提出  
海外渡航者用予防接種申込書（この用紙）に必要事項を記入していただき、受診日の10日前までに大垣徳洲会病院 医事課まで提出してください。（FAX可）
- ※ 「予防接種のご案内」もご覧いただき、ご不明な点などがありましたら大垣徳洲会病院 医事課までお問い合わせください。
- ※ 他の医療機関での予防接種を含め、予防接種履歴表をお持ちの場合は接種日当日にこの申込書と合わせてお持ちくださいますようお願いいたします。また初めてご利用の方は母子手帳をお持ちくださいますようお願いいたします。