

予防接種申込・同意書

ID: _____

1.患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日(和暦)	年 月 日
現住所	〒		
連絡先	1.	2.	

※日中連絡のつく番号をご記入ください。

2.海外渡航 ※該当しない方は飛ばして「3.接種ワクチン」へ

会社(所属)	()		
会社連絡先	TEL.	FAX.	
出国先 出国日	国名:	都市名:	年 月 日 ~

3.接種ワクチン

ご希望接種開始日をご記入ください。	接種日	月	日()	時
-------------------	-----	---	------	---

該当箇所の□へチェックをしていただき、ご署名をお願いします。

※表示金額は1回接種あたりの料金になります。 は小児専用です

<input type="checkbox"/> A型肝炎	¥16,500	<input type="checkbox"/> おたふく	¥5,700	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌(20価)(2歳以下)	¥10,200
<input type="checkbox"/> B型肝炎	¥5,400	<input type="checkbox"/> 水痘	¥7,100	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	¥6,000
<input type="checkbox"/> 破傷風	¥3,500	<input type="checkbox"/> BCG	¥10,000	<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV)	¥9,500
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	¥6,600	<input type="checkbox"/> 带状疱疹 (50歳以上)	¥22,000	<input type="checkbox"/> 五種混合(ゴービック)	¥17,600
<input type="checkbox"/> 狂犬病	¥14,400			<input type="checkbox"/> ロタウイルス	¥8,000
<input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合	¥9,100	<input type="checkbox"/> 4価髄膜炎	¥21,420	<input type="checkbox"/> ヒブ	¥8,000
<input type="checkbox"/> 麻疹	¥5,600	<input type="checkbox"/> ポリオ	¥9,000	<input type="checkbox"/>	小児定期接種
<input type="checkbox"/> 風疹	¥5,600	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	¥10,200	<input type="checkbox"/>	小児定期接種
<input type="checkbox"/> 風疹(クーポン・MR)	¥0	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌(大垣市助成)	¥3,500	<input type="checkbox"/>	小児定期接種

当院では、保険外負担の料金ついて、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。
 ※状況によりお待ちいただくことがあります。予約時間は目安になります。

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担することに同意します。

年 月 日
 本人の署名もしくは保護者署名 _____

4. 予防接種歴がありましたら最終接種歴をご記入ください。 _____

5. 治療中の疾病がありましたらご記入ください。 _____

《お願い》

※予防接種申込・同意書(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へ提出してください。(FAX可)

※ホームページの予防接種のご案内もご覧いただき、不明な点などありましたら大垣徳洲会病院までお問い合わせください。

※予約日直前のキャンセルは、予約したワクチンの有効利用に支障をきたす恐れがあります。

予約をやむを得ずキャンセルする場合は速やかに御連絡ください。

	薬局	医事課
担当者サイン		