

# 遠藤クリニック

## 予防接種予約書(FAX:0545-38-0285)

申込日：平成 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	
受診者名	様	・	S . H	
		女	年 月 日 ( 歳)	
現住所	〒			
TEL (連絡用)				
渡航先		渡航日	H 年 月 日	
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"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> MR (麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 渡航前 <input type="checkbox"/> 一時帰国 <input type="checkbox"/> 帰国後 <input type="checkbox"/> その他( )			

希望日のある方はご記入下さい。

第1希望		第2希望	
------	--	------	--

1か月以内に行った予防接種がありましたらご記入下さい。

当院・他院 平成 年 月 日 < >
-----------------------

会社名で領収書の必要な方はご記入下さい。

会社名		領収書名	
TEL			

※接種日はできるだけ申込日より7日目以降でお願いします。

至急で接種が必要な方はお電話にてお問い合わせ下さい。

※日時のご相談・問診確認の為遠藤クリニックから午後13:30~16:00の間でお電話致します。お電話が繋がりにくい場合は希望時間帯をご記入下さい。

<2.3日中にご連絡致しますが万が一ご連絡がない場合はお問い合わせ下さい。>

※母子手帳をお持ちの方は接種時にお持ち下さい。

※休診日 木曜日・土曜日(午後)・日曜日・祝日

お問い合わせ：TEL：0545-34-0048(遠藤クリニック)