

# 遠藤クリニック

## 予防接種予約書(FAX:0545-38-0285)

申込日： 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日			
受診者名			西暦	年	月	日 ( 歳)
現住所	〒					
電話番号			携帯電話			
渡航先		渡航日	年	月	日	渡航期間 年
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"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ダニ脳炎 <input type="checkbox"/> B髄膜炎(MenB) <input type="checkbox"/> A型・B型肝炎混合 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ワクチン未定					
	<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( )					

希望日がある方はご記入ください。 ※休診日 木曜日・土曜日(午後)・日曜日・祝日

第一希望		第二希望		希望なし
------	--	------	--	------

一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	<	>

領収書の必要の方は、ご記入ください。

領収書宛先			但し書き		
所在地					
TEL			FAX		

備考欄					
-----	--	--	--	--	--

※日時のご相談は遠藤クリニックからお電話致します。

お電話が繋がりにくい場合は繋がりにやすい時間をご記入下さい。

( 時間 )

<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。>

お問い合わせ：0545-34-0048(遠藤クリニック)