

ふりがな		英字氏名	男・女
御名前			
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
御住所	〒 -		
自宅電話番号	()		
携帯電話番号	()		
御職業			

1. ワクチン接種をご希望ですか？ (はい ・ いいえ ・ ご相談ご希望)

- 滞在国・都市名 ()
- 渡航期間 (いつから) どのくらいの期間 ()
- 渡航目的 赴任・出張・帯同・旅行・留学・曝露 その他 ()

2. 体調不良はありますか？ (はい ・ いいえ)
 『はい』の方はいつから、どのような症状か詳しくお書きください。

3. 現在通院中の医療機関、または服用されているお薬はありますか (はい ・ いいえ)
 『はい』の方は名称・内容をお書きください。

4. これまでに大きな病気やケガ等がございますか？ (はい ・ いいえ)
 『はい』の方は内容をお書きください。また、いつ頃からの症状かもお書き下さい。

5. これまでに薬や注射、食べ物でアレルギーが起きたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

- ・ゼラチン ・抗生物質 ()
- ・その他 []

6. ご家族に病気の方はいらっしゃいますか？ (はい ・ いいえ) (家族歴)
 『はい』の方は傷病名をお書き下さい。

- ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症 ・悪性新生物 ・膠原病 ()
- ・その他 ()

7. 女性の方へ 現在ご妊娠されている可能性はございますか？ (はい ・ いいえ)

8. 予防接種を受ける方が15歳未満の場合は体重をご記入ください。 _____ kg

9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・インターネットでワード検索 ⇒ 【Google , Yahoo! , その他()】
- ・SNSで投稿を見た ⇒ 【Twitter , Facebook】
- ・ご友人やご家族からの紹介
- ・自宅、職場、学校が近くて知っていた
- ・会社からの案内
- ・その他 ()

ご協力ありがとうございます。ご記入後は受付までご提出下さい。

※ご記入いただきました内容は、診察の際にご参考にさせていただきますので、可能な限り詳細にご記入いただきますようお願い申し上げます。

