

予防接種申込書(FAX・郵送用)

(こちらの申込書は、ワクチンの種類を問わずご利用できます。電話で予約された方は提出不要です。)

申込日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 日程変更(該当者は✓)	※ボールペン等ではっきりご記入してください。
フリガナ				年齢	性別
接種する方の氏名				才	生年月日
住所 (住民票がある場所)					
電話番号(日中連絡がとれる番号)		- -		(続柄:)	
ご希望の返信先		<input type="checkbox"/> 上記の電話番号 (不在着信あれば速やかにご返信願います。) <input type="checkbox"/> FAX(番号 - -)			

今回ご希望するワクチンおよび 接種歴 (3つまで記入可。4つ以上の方は自由記入欄もご利用ください。)	①(記入例:日本脳炎2期) _____ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前回 年 月 日	② _____ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前回 年 月 日	③ _____ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前回 年 月 日
---	---	---	---

接種希望日 (時間はこの用紙の左下を参照)	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()
--------------------------	-----------------	-----------------	-----------------

※申込日より10日以上経過した日をご記入ください。第3希望でもご希望に沿えない場合があります。

以下の問いにお答えください。

申込日から1か月以内に接種したワクチンがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(ワクチン種類 接種日 月 日)
他の医療機関に通院中ですか。 通院中の場合、その医師より今回希望するワクチンを接種しても良いか確認してありますか。	<input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院中だが接種して良いと言われた。 <input type="checkbox"/> 通院中であり、接種して良いか確認していない (※確認していないと接種出来ない場合があります。)
インフルエンザワクチンを接種希望の方に伺います。 今シーズンのインフルエンザワクチンは何回目ですか。	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目(※1回目を当診療所で接種した方のみ予約可)

自由記入欄 《ご質問・ご希望(連絡時間帯など)がありましたら、こちらにご記入ください。》

後日、予約日時のご連絡をいたします。

FAX送信後、4日以内に返信がない場合、お手数ですが当診療所看護師までご連絡ください。

【接種時間】

原則として乳児～中学生以下及び子宮頸がんワクチンご希望の方は午後1時、その他の方は午前9時となります。但しインフルエンザとコロナのワクチンについては市のホームページや大船渡広報等でご確認ください。

大船渡市国民健康保険越喜来診療所

TEL 0192-44-2103(月～金 8:45-17:10)

FAX 0192-44-2149