

渡航ワクチン 申し込み用紙

(メール:infect@med.u-toyama.ac.jp)

または (FAX:076-434-5018)

ふりがな ※		生年月日※			
氏名 ※		性別 ※	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年齢 ※	
住所 ※					
連絡先 ※	携帯 :	自宅 :			
メールアドレス					
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (ID: _____)				

※は必須

① 渡航地や希望するワクチンについて

渡航先 ※	国		地域		
渡航予定日 ※	年	月	日	富山を離れる日	年 月 日
予定滞在期間					
希望のワクチン ※					
マラリア予防内服	希望 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ※マラリア流行地に限る				

② 受診について

受診可能な曜日 ※	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金
	受診受付は火曜日除く平日の13:00~15:30

③ その他

ワクチン接種歴

ワクチン名	接種回数	最終接種（年月日）
B型肝炎		
ロタウイルス		
Hib		
肺炎球菌		
4種混合（破傷風、百日咳、ジフテリア、ポリオ）		
3種混合（破傷風、百日咳、ジフテリア）		
破傷風		
ポリオ		
BCG		
MR（麻疹・風疹）		
水痘		
おたふくかぜ		
日本脳炎		
インフルエンザ		
HPV（子宮頸癌ワクチン）		
髄膜炎菌		
狂犬病		
A型肝炎		