

海外赴任のための予防接種申込書（小児用）

令和 年 月 日

FAX:072-255-8203

フリガナ			性別
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	(歳)
住所	〒		
連絡先	<input type="checkbox"/> TEL ()	<input type="checkbox"/> FAX ()	
E-mail	@		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(年 月頃)	科受診)

赴任地	国名：	都市名：
赴任期間	日本出発： 年 月 日	帰国予定： 年 月頃
希望ワクチン	<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"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <input type="checkbox"/> その他 (
希望接種日	第1希望 月 日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 15:00 第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 15:00	
英文による予防接種証明書の希望（有料） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

受けたことのある予防接種の種類		
<input type="checkbox"/> DPT三種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
<input type="checkbox"/> DPT-IPV四種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風、不活化ポリオ)	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
<input type="checkbox"/> DT二種混合 (ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/> MR (麻しん・風しん)	
<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> B型肝炎
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3期
	<input type="checkbox"/> 1期追加	

01.05

〒591-8025 堺市北区長曾根町1179-3	TEL : 072-255-8076
独立行政法人労働者健康安全機構	FAX : 072-255-8203
大阪労災病院	受付時間：8時15分～17時00分
海外勤務健康プラザ大阪 (OHAP-OSAKA)	休診日：土日祝及び12/29～1/3