

【予防接種申込書】①

下記の枠内に記入後、E-mailにて送信して下さい。申込書は①、②と分かれています。

記入漏れがあると、返答が遅れることがありますのでご確認のうえ記入下さい。

(お持ちの方は) 診察券番号		TEL	
生年月日	年 月 日	E-mail	
ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名	様	こちらにローマ字氏名を記載して下さい	
住民票登録がある住所	〒		

希望する予約日時	年	月	日	時間
第1希望日時				:
第2希望日時				:

※渡航日までに、一時出張などで名古屋を離れる予定のある方は、ご予約をご記入ください。

<ご予約可能日> 火曜・木曜 午後13:30~15:30

渡航目的	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 帯同家族 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 一時帰国 <input type="checkbox"/> その他( ) ※1 留学先からの予防接種要項などある場合は、申込書と併せて資料を添付して下さい ※2 お子様、留学の場合は母子手帳の予防接種記録欄の画像を添付して下さい		
渡航先	国 :	渡航日	年 月 日
	州・市 :		<input type="checkbox"/> 未定
渡航期間	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 日	一時帰国の予定	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 未定		<input type="checkbox"/> 未定

希望ワクチン または 検査項目	<input type="checkbox"/> 相談し決定したい <input type="checkbox"/> A型肝炎( <input type="checkbox"/> 国産 <input type="checkbox"/> 輸入 <input type="checkbox"/> 輸入A肝B肝混合) <input type="checkbox"/> B型肝炎( <input type="checkbox"/> 国産 <input type="checkbox"/> 輸入AB型肝炎混合) <input type="checkbox"/> 破傷風( <input type="checkbox"/> 国産単独 <input type="checkbox"/> 国産混合 <input type="checkbox"/> 輸入混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎( <input type="checkbox"/> 国産 <input type="checkbox"/> 輸入) <input type="checkbox"/> 狂犬病( <input type="checkbox"/> 国産 <input type="checkbox"/> 輸入) <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ダニ脳炎	<input type="checkbox"/> MR(はしか・風しん混合) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他のワクチン
	<input type="checkbox"/> 抗体検査(検査項目を記入して下さい)	
<p>※ 破傷風に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>昭和44年以降の生まれの方は幼少児に破傷風を含んだ混合ワクチンを接種しているため、基礎免疫があります。破傷風を含む国産混合ワクチン(4000円+税)の1回追加接種をお勧めします。</li> <li>昭和43年以前の方は、基礎免疫がありませんので破傷風単独ワクチン(4000円+税)の3回接種をお勧めします。</li> <li>アメリカ、オーストラリアなど先進国へ渡航される方は、輸入混合ワクチン(11,500円+税)をお勧めします。</li> </ul> <p>※ A型肝炎、B型肝炎に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A型肝炎、B型肝炎を同時に接種される型は輸入AB型肝炎混合ワクチンをお勧めします。</li> <li>お子様や留学の方は現地の定期接種スケジュールに合わせ、国産B肝、輸入A肝の組み合わせをお勧めすることがあります。</li> <li>出発までに時間がない方、若い方で持続期間が長いもの方がいい方には輸入A肝ワクチンをお勧めします。</li> </ul> <p>国産A肝：7,000円+税X3回      国産B肝：5,500円+税X3回                  輸入A肝：13,000円+税X2回      輸入AB型肝炎混合：13,000円+税X3回</p> <p>※ 狂犬病に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現地で動物に咬まれた際は暴露後接種が必要です。</li> <li>国内承認ワクチン、輸入ワクチンの効果は同じです。接種スケジュール、保証制度が異なります。</li> </ul> <p>国内承認：13,000円+税X3回      輸入：14,000円+税X2回</p> <p>※ 抗体検査に関して</p> <p>国内、国外(アジア等)での流行がみられる麻疹(はしか)・風しん・おたふく・水ぼうそうの抗体検査を行い接種をお勧めしています。</p>		

※会社が費用負担してくれる方をご記入下さい。

【1】ワクチンの内容について

●会社が推奨し、費用を負担してくれる予防接種、検査をお教えてください。

●会社が推奨する以外に当院でお勧めするワクチンがある場合、会社は費用を負担してくれますか？

<input type="checkbox"/> はい	必要なもの全て会社負担
<input type="checkbox"/> いいえ	上記推奨のもののみ会社負担、それ以外は自己負担となる

【2】当日のお支払について へ

以下にもお答えください

①破傷風に関して

破傷風単独	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
破傷風の混合ワクチン（国産）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
破傷風の混合ワクチン（輸入）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

②A型肝炎、狂犬病に関して

A型肝炎ワクチン（国産）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
A型肝炎ワクチン（輸入）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
A型肝炎・B型肝炎混合ワクチン（輸入）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

狂犬病ワクチン（国内承認）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
狂犬病ワクチン（輸入）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

③抗体検査に関して

	抗体検査		ワクチン接種	
麻疹（はしか）	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
風疹	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
おたふく	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
水ぼうそう	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	会社負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

■抗体検査料金■

はしか抗体検査：4,000円＋税  
 風しん抗体検査：2,600円＋税  
 おたふく抗体検査：2,800円＋税  
 水ぼうそう抗体検査：2,800円＋税

④英文予防接種証明書

会社負担	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
------	----------------------------	-----------------------------

【2】当日のお支払いについて

<input type="checkbox"/> 会社請求	当日自己負担なし、費用は当院から会社へ請求
<input type="checkbox"/> 自己負担	後日会社が負担してくれるが、当日は自己負担

【3】会社請求先について へ

インボイス制度対応領収書は必要ですか？

必要	<input type="checkbox"/>	不要	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

※インボイス制度対応領収書について※

当日発行される領収書は、インボイス制度に対応していないものです。インボイス制度対応領収書の発行には申請が必要です。事前にお知らせください。発行までに1週間前後かかり、後日取りに再度ご来院いただきますのでご了承下さい。  
 また、受け渡しの際には当日発行された領収書が必ず必要になります。紛失された場合は、インボイス制度対応領収書が発行できませんのでご注意ください。

【3】会社請求先について

【2】で会社請求をご希望された方のみ、ご担当者様に確認の上、以下に請求書の送付先をご記入ください。

請求書送付先	〒
会社名	
担当部署名	
担当者様氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	