

予防接種予約受付簿

接種希望者	*海外渡航者用 7/17/18 外表記															
	ふりがな			性別	男・女	生年月日	西暦						歳			
	氏名						年	月	日							
	住所															
連絡先 TEL・FAX	TEL (自宅・会社)						FAX									
	携帯電話															
希望予防接種の種類	B型 肝炎	A型 肝炎	狂犬病	日本 脳炎	破傷 風	麻疹 混合 風しん	おた ふく かぜ	水痘	(不 活 化 オ)	髄 膜 炎 菌 髄 膜 炎	(2 3 価)	肺 炎 球 菌 (シ ン グ リ ク ス)	帯 状 疱疹 (シ ン グ リ ク ス)	イン フル エン ザ		
															0.25 ml	0.5 ml
*接種を希望するワクチンに○を付けてください																
*予防接種実施日																
↓ 接種日毎のワクチン内容がわかれば下記に○をつけて下さい																
年	月	日														
年	月	日														
年	月	日														
希望する理由	① 海外渡航者<ア 出張・研修・赴任 イ 留学 ウ 旅行> 行先 出発日 月 日頃 期間 年 月 ② 任意接種 ()															
支払方法 (当日支払い)	2025年度4月接種分より当日支払いのみとなります。よろしくお願いたします。 ご希望方法に ○ 印をお願いします。(クレジットカード払い・現金支払い)															
注意指導事項等	受付時間:12:30~14:00 (実施は医師到着後開始します 概ね13:00~) 会場:広島県地域保健医療推進機構 4階予防接種センター * 予約日にご都合でお越しになれない場合は必ず下記に連絡をお願いします。 * 発熱した時は解熱後1週間経過してから接種してください。 ① 空腹での接種はお避けください。 ② 接種後30分は様子観察の為、待合室で待機となります。 ③ 母子手帳、過去の予防接種証明書をお持ちの方はご持参ください。 ④ 小児の無料券は利用できません。 ⑤ 接種当日の年齢が19歳(20歳未満)の場合は保護者の同意(同行)が必要です。 ⑥ 駐車場は地下に30台あります。(ただし車高155cmまで) 満車の場合は「産業会館」をご利用ください。ご利用の場合は、予防接種の受付に利用券の提示をお願いします。															

* 海外から最近帰国しましたか?	はい	いいえ
* (海外から最近帰国した方のみお答えください) 海外から帰国して2週間以上経過していますか? 2週間以上経過していない方は当センターでの接種は不可です。	はい	いいえ
1) 現在の健康状態	良	不良
女性的場合 妊娠の有無	有	無
2) 1ヶ月以内の他の予防接種の他の予防接種の実施の有無	有	無
ア) 「有」の場合それは何か ()		
イ) いつ頃接種したか 月 日頃		
3) 1ヶ月以内に本人あるいは家族に麻疹、風しん、水痘、おたふく、インフルエンザなどにかかったことがありますか。	有	無
ア) 「有」の場合それは何か ()		
イ) いつ頃発症したか 月 日頃		
ウ) 予防接種を受けてよいか確認 (担当医)	担当医 → 接種可・接種不可	
4) 既往症(基礎疾患) (病名)		
5) 通院、治療の有無	有	無
ア) 「有」の場合の状況()		
イ) 予防接種を受けてよいか確認(担当医)	担当医 → 接種可・接種不可	
6) 薬・天然ゴム製品・食品(卵・ゼラチン・フルーツ等)により皮膚に 発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	有	無
7) 予防接種履歴(成人後)		
8) 当予防接種センターを利用したことがあれば、最後に接種した日にちを記入してください 無 有(年 月 日)		
9) 個人情報保護について <input type="checkbox"/> 同意した		
* お客様の個人情報保護に関しましては、当機構の個人情報保護マネジメントシステムに定め、適正な管理・維持に努めております。		
* 受診される方の個人情報は、予防接種業務の目的に利用させていただきます。 「個人情報取り扱いについて」は 施設内またはホームページ上でご確認ください。		
* 上記に同意される方は、受診してください。 同意された方は、右上の口のチェック欄に☑をお願いします。		

注意:記入する項目以外は、該当する記号等を○で囲むこと。



予防接種センター広島 TEL(082)254-1203 (広島市南区皆実町1-6-29)
 ※ご記入の上、FAX:082-254-7132またはメール:shien@hiroshima-hm.or.jp
 へお送りください。後ほど担当者より確認の電話をおかけします。