【トラベルクリニック　初診　申込書】

（ローマ字）		
氏名： (未成年の場合は保護者氏名も)	男・女 歳	生年月日： 西暦　　年　　月　　日
ご住所：　〒		電話番号： 携帯番号：

渡航先はどこですか？　国名（　　）都市名（　　）
いつ出発予定ですか？　　年　　月　　日
どのくらいの期間ですか？　　年　　ヶ月　　日間
渡航目的は何ですか？　仕事・帯同家族・観光・留学・知人や親類を訪ねる・ボランティア・その他（　　）
ご希望のワクチン(または予防薬)があれば〇をつけてください。　破傷風　DPT　Tdap　A 型肝炎　B 型肝炎 日本脳炎　狂犬病　ポリオ　腸チフス　MR(麻疹・風疹)　MMR(麻疹・おたふく・風疹)　おたふく　水痘　髄膜炎菌 コレラ　ダニ脳炎　マラリア(予防薬)　高山病(予防薬)　その他（　　）
英文診断書（有料）はお必要ですか?（なお、日英表記の予防接種記録帳は全員に無料でお渡しいたします。）　はい　・　いいえ
その他ご要望・ご相談があればご記載ください　（　　）

（病院控）　スケジュール表

来院日（西暦）	破傷風/DPT	A 型肝炎	B 型肝炎	日本脳炎	狂犬病				
年　／									
年　／									
年　／									
年　／									
年　／									

（ご本人控）　スケジュール表

＊ 受付時間；月～土曜　午前　(9:00～11:00)
水・金のみ午後も(13:00～15:00)　日・祝は休診

予防接種を受ける人の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

来院日（西暦）	破傷風/DPT	A 型肝炎	B 型肝炎	日本脳炎	狂犬病				
年　／									
年　／									
年　／									
年　／									
年　／									

医療法人 拓生会 奈良西部病院　〒631-0061 奈良市三碓町 2143-1　TEL: 0742-51-8700　FAX: 0742-51-8500
NARA SEIBU HOSPITAL　2143-1 Mitsugarasu, Nara City 631-0061, Japan　TEL: (+81) 742-51-8700　FAX: (+81) 742-51-8500