

宛先： 藤田医科大学小児科（予防接種外来） FAX：0562-95-2216

ふりがな 氏 名		年齢 歳	性別 男・女
住 所	〒		
電話番号：	FAX：		
勤務先または学校名			

渡航先国名	都市名	渡航目的
出国予定日 平成 年 月 日	予定滞在期間 年 週	
渡航先から指定された予防接種 なし・あり（内容： ）		

予防接種歴	接種日	予防接種歴	接種日
BCG	平成 年 月 日	ポリオ	平成 年 月 日
三種混合	平成 年 月 日	麻疹 風疹 MR	平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
二種混合	平成 年 月 日	水痘	平成 年 月 日
破傷風	平成 年 月 日	ムンプス	平成 年 月 日
日本脳炎	平成 年 月 日	B型肝炎	平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
その他	平成 年 月 日	A型肝炎	平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 年 月 日