

平成30年度 インフルエンザワクチン エントリーシート

B

つくしこどもクリニック

10						
日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

11						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

12						
日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

【接種料金】

大人も子供も1回 3,000円(税込)

※会社の助成券で窓口負担額が変わるものは使用できません。

昨年ワクチンを接種されている方は1回で効果が得られます。生まれて初めて接種される方は2回接種が必要です。

【日曜接種】

11/11・12/2

■日曜 8:30 / 8:45 / 9:00 / 9:15 / 9:30 / 9:45 / 10:00 / 10:15 / 10:30 / 10:45
11:00 / 11:15 / 11:30

13:00 / 13:15 / 13:30 / 13:45 / 14:00 / 14:15 / 14:30 / 14:45 / 15:00

【月～土曜接種】

10/22(月)～12/15(土)

■月曜 8:30 / 15:00 / 15:15 / 15:30 / 16:45 / 17:00 / 17:30

■火曜 8:30 / 15:40 / 15:50 / 16:00 / 16:45 / 17:00 / 17:30

■水曜 8:30 / 11:00 / 11:15 / 11:30 / 11:45

■木曜 8:30 / 15:00 / 15:15 / 15:30 / 16:45 / 17:00 / 17:30

■金曜 8:30 / 15:40 / 15:50 / 16:00 / 16:45 / 17:00 / 17:30

■土曜 8:30

※同時接種は時間がかかるため、日曜日・朝8時30分枠では接種していただけません。

★ 上記からお選びいただき、第3希望までご記入ください

第1希望 月 日 時 分

第2希望 月 日 時 分

第3希望 月 日 時 分

必ず繋がる連絡先 →

① — —
② — —

▼接種を希望される方を記入してください

小さいお子様からご記入ください。

かかりつけ有無	診察券番号	ふりがな	生年月日	性別	接種回数
済・未		名前	S.H 年 月 日	男・女	1回・2回
かかりつけ有無	診察券番号	ふりがな	生年月日	性別	接種回数
済・未		名前	S.H 年 月 日	男・女	1回・2回
かかりつけ有無	診察券番号	ふりがな	生年月日	性別	接種回数
済・未		名前	S.H 年 月 日	男・女	1回・2回
かかりつけ有無	診察券番号	ふりがな	生年月日	性別	接種回数
済・未		名前	S.H 年 月 日	男・女	1回・2回
かかりつけ有無	診察券番号	ふりがな	生年月日	性別	接種回数
済・未		名前	S.H 年 月 日	男・女	1回・2回

同時接種を希望の方へ

- ・予約状況によっては、ご希望に添えない事がありますのでご了承ください。
インフルエンザワクチンを優先されるのか、他のワクチンを優先されるのか思案されてからお申込み下さい。
- ・ご予約の際には混み合う場合があります、お時間をいただく場合がございます。
インフルエンザ接種のみのご予約の方優先になりますので、ご了承の上ご予約をお願い致します。

※3歳未満の方の予約枠は、午前中をお勧め致します。

※日曜日・午前8:30枠の同時接種はできません。

C

診察券番号	ふりがな	生年月日	性別
	名前	H 年 月 日	男・女

対象目安年齢・ワクチン	6ヶ月～	1歳	1歳半	3歳	年長	学童	その他
対象目安年齢・ワクチン	BCG接種予定日	<input type="checkbox"/> ヒブ追加	<input type="checkbox"/> 四種混合追加	<input type="checkbox"/> 日脳1回目	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 日脳2期	
	月 日	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌追加	<input type="checkbox"/> 水痘2回目	<input type="checkbox"/> 日脳2回目	<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 二種混合	
	<input type="checkbox"/> 扶桑町	<input type="checkbox"/> MR		<input type="checkbox"/> 日脳追加			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎3回目	<input type="checkbox"/> 水痘					
	<input type="checkbox"/> おたふく						

診察券番号	ふりがな	生年月日	性別
	名前	H 年 月 日	男・女

対象目安年齢・ワクチン	6ヶ月～	1歳	1歳半	3歳	年長	学童	その他
対象目安年齢・ワクチン	BCG接種予定日	<input type="checkbox"/> ヒブ追加	<input type="checkbox"/> 四種混合追加	<input type="checkbox"/> 日脳1回目	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 日脳2期	
	月 日	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌追加	<input type="checkbox"/> 水痘2回目	<input type="checkbox"/> 日脳2回目	<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 二種混合	
	<input type="checkbox"/> 扶桑町	<input type="checkbox"/> MR		<input type="checkbox"/> 日脳追加			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎3回目	<input type="checkbox"/> 水痘					
	<input type="checkbox"/> おたふく						