ワクチン外来申込書

カルテ番号			診療科	ワクチン外来（総合診療科）
住所 初診・変更がある場合	〒　　－　　電話番号（　　）　　－			
フリガナ		□男	生年月日	明 大 昭 平　　年　　月　　日
受ける人の氏名		□女		（満　　歳）

※ワクチン接種後の副反応の治療は保険診療となりますので、健康保険証の提示をお願いいたします。

■接種を希望するワクチン

ワクチン種別	ワクチン名	１回あたり金額（税別）	接種回数（目安）
□　帯状疱疹ワクチン	シングリックス	20,000円×2回	2回（初回→2ヶ月後）
□　B型肝炎ワクチン	ビームゲン ヘプタバックスーⅡ	5,000円×3回	3回（初回→1ヶ月後→6ヶ月後） ワクチンの種類は選べません
□　三種混合ワクチン	トリビック	6,000円	1回
□　四種混合ワクチン	クアトロバック	10,000円	1回

～注意事項～

①接種時の体調、予診の結果によっては、ワクチンを接種できないことがあります。

②病院が一度購入したワクチンは製薬会社に返却できません。接種のキャンセルは２回までとしますが、その後は費用を全額負担していただきます。また、ワクチンの種類によっては使用期限が短いものがあるため、その場合は１回のキャンセルでも費用を全額負担していただく場合があります。

③複数のワクチンを同日に接種することはできません。

④説明文書をよく読み、注意事項に該当しないか確認してください。

⑤接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。

⑥ワクチンの接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が支給される場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

上記の注意事項を確認しました。

記入日	年　　月　　日	署名	

公立学校共済組合近畿中央病院

ワクチン外来