

受診日	年 月 日	ID
お母さんの名前		
お子さんの名前 <small>ふりがな</small>	性別 男 ・ 女	
ローマ字表記		
出生年月日（西暦）	年	月 日
出国予定日（西暦）	年	月 日
赴任国		

・出国までに予防接種を受ける予定はありますか？

はい

いいえ



*** 東京医科大学渡航者医療センターにて接種**

予定している予防接種

()

*** 他の医療機関にて接種**

予定している予防接種

()

終了後には、()年()月頃に渡航者医療センターに連絡をいれる。

連絡先、送り先(住所・電話)

第一連絡先

〒

TEL

第二連絡先

〒

TEL