

秋田赤十字病院 予防接種センター 電話相談受付フォーム

FAX : 018-829-5225

1. お名前: 苗字と名前の間にスペースを入れてください。例: 日赤 太郎

2. お名前(フリガナ) 例: ニッセキ タロウ

3. 生年月日(西暦)・年齢 例: 1990/4/1 ○○歳

_____/_____/_____ 歳

4. 性別:

男性, 女性, 未回答

5. ご住所 例: 010-1406(ハイフンあり) 秋田県秋田市上北手猿田字苗代沢 222-1

〒 _____

6. 連絡先電話番号 例: 000-0000(ハイフンあり)

_____-_____-_____

7. お電話に出られる時間帯: 火～金曜日 13:30-16:00 にこちらから連絡します。ご都合の良い曜日, 時間帯などあればご記入ください。例 水曜日 14:00-15:00

8. E-mail アドレス: 携帯電話のメールアドレスの場合迷惑メール設定によって当院からのメールが届かない場合があります。迷惑メール設定をご確認いただき【@akita-med.jrc.or.jp】のドメイン指定受診を設定してください。例: sample@akita-med.jrc.or.jp

_____@_____

9. 当院を受診したことがありますか?

_____ ある (当院診察券番号(7桁): _____), _____ ない

10. 希望する予防接種の種類をお選びください: 複数選択可

破傷風. IPV(不活化ポリオ). MR(麻疹/風疹). 水痘. 帯状疱疹.

おたふく(ムンプス). A 型肝炎. B 型肝炎. 日本脳炎. 狂犬病. 子宮頸がん.

髄膜球菌. 肺炎球菌. RS ウイルス. 腸チフス. 何の予防接種が必要か相談したい.

11. ご相談内容: 今回予防接種を必要とする理由, 渡航予定の国名, 出発日, 期間など.

2025.12.16 改訂