

2020年9月18日改

小児かかりつけ登録をされた方へ

2020年度インフルエンザワクチンのご案内
(※2020年9月18日以前のご案内と内容が異なります)

こどもみらい大島クリニック

当院では小児かかりつけ登録をしている患者様とご家族の方（同居家族）のワクチンを優先的に確保することとしました。2回接種対象の年齢の場合、2回分のワクチンを確保致します。

当院ホームページに掲載しております「接種ポリシー」「実施要項」をよくお読みいただき、当院での接種をご希望の場合は、「2020年度小児かかりつけ登録インフルエンザワクチン予約表」にご登録者を含む希望者全員分のお名前をご記入いただき受付に提出してください。

【接種開始日】

2020年9月25（金）～

※2020年9月25日～2020年12月30日までに接種してください。それ以降はワクチンの確保はできません。

【予約表提出期限】

2020年9月15日（火）～2020年10月31日（土）15：15まで

※期限を過ぎますとワクチンの確保ができなくなりますのでご注意ください。

※ワクチンの不足時等には提出締め切りが10月31日より前になる場合があります。

※予約票の提出完了まではワクチンは確保されません。

【特別価格】

1回 2,500円（年齢問わず）※2回目の接種も2,500円となります。

【ワクチン接種日のご予約方法について】

- ① 1回目接種のご予約は接種者全員分をWeb予約からお取りください。
- ② 予約した日時を次ページの「予約表」に記入して下さい。
- ③ 2回目のご予約は受付でお取りしますので「インフルエンザ予約表」の予約日2回目の欄に希望日をご記入ください。

【接種予約日等の変更について】

「インフルエンザ予約表」提出後の予約の変更は必ず受付（03-5627-7676）にご連絡ください。

予約表提出後のWebでの変更はご遠慮ください。

※ご予約日時にご連絡なく来院されない場合は自動キャンセルとなります。自動キャンセルとなった場合はワクチンの確保もされません。

ご不明な点がございましたら診察受付時間内に受付（03-5627-7676）までご連絡ください。

記入日： 2020 年 月 日

2020 年度 小児かかりつけ医登録インフルエンザ予防接種予約表

診察券番号： _____

ご登録者氏名： _____

ご連絡先： _____

※変更があった場合に連絡をしますので繋がる番号をご記入ください。

【接種希望者】※接種を希望される方全員のお名前をご記入ください。

※ご家族の方は同居している方のみとなります。

氏名	生年月日/年齢	続柄	予約希望日時	
			①(1回目)Web予約でお取りになった日付	②(2回目)ご希望の日付
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :
診察券番号 ()	歳 年 月 日		① 月 日 :	② 月 日 :

※ご予約時間に来院されない場合は自動キャンセルとなります。自動キャンセルとなった場合は
ワクチンの確保もされません。

※予約日時の変更を希望される場合は、必ず受付（03-5627-7676）にご連絡ください。

Web での変更はご遠慮ください。

記入例

記入日： 2020 年 9 月 18 日

2020 年度 小児かかりつけ医登録インフルエンザ予防接種予約表

診察券番号： 1 2 3

ご登録者氏名： こども みらい

ご連絡先： 080-XXXX-XXXX

※変更があった場合に連絡をしますので繋がる番号をご記入ください。

【接種希望者】※接種を希望される方全員のお名前をご記入ください
(ご家族の方は同居している方のみとなります)

氏名	生年月日/年齢	続柄	予約希望日時 ①(1回目)Web予約でお取りになった日付 ②(2回目)ご希望の日付
診察券 番号 こども みらい (1 2 3)	2019年 1 月 1 日 1 歳	本人	① 9 月 2 5 日 14 : 30 ② 1 0 月 2 5 日 14 : 30
診察券 番号 こども 夢子 (1 1 1)	1990年 1 月 1 日 30 歳	母	① 1 0 月 2 5 日 14 : 30 ② 月 日 :
診察券 番号 ()	年 月 日 歳		① : ② :
診察券 番号 ()	年		① : ② :
診察券 番号 ()	年		① : ② :
診察券 番号 ()	年		① : ② :
診察券 番号 ()	年 月 日		② 月 日 :

・1 回目のご予約は、Web 予約からお取りになり、予約した日時をご記入ください。
・2 回目のご予約は、6 ヶ月～12 歳までの方が対象です。受付で予約をお取りしますので、接種希望日をご記入ください。
(13 歳以上の方は原則 1 回接種となりますので 2 回接種をご希望の方は、接種希望日をご記入ください。)

※ご予約時間に来院されない場合は自動キャンセルとなります。自動キャンセルとなった場合はワクチンの確保もされません。

※予約日時の変更を希望される場合は、必ず受付 (03-5627-7676) にご連絡ください。

Web での変更はご遠慮ください。