

<新型コロナウイルスワクチンの接種予約>

予約：郵送・FAX・電話・LINEで受け付けています。

接種状況：月曜日は1日で60名、火曜日から土曜日は毎6～18名接種しています。

入荷状況：入荷するワクチン本数は少なくなっていますので、お断りする場合があります。

予約電話：10月8日現在、受付を再開しています。

接種日：申込後10日以内に電話させていただきます。

持参品：クーポン(接種)券・予診表・健康保険証

但し、発熱(体温37.5℃以上)している場合、過去の予防接種でアレルギー反応がみられた人、および180mmHg以上の高血圧・喘息・進行癌などの基礎疾患がある場合は接種できませんので、ご了承下さい。

アナフィラキシーなどの副反応に的確に対処できる専門医が、アドレナリン・ステロイドホルモン・抗アレルギー薬・酸素・点滴・挿管器具・AEDなどを準備した上で、慎重に接種しますので、安心して受けてください。

有松医科歯科クリニック(076-245-6001:ワクチン予約専用電話)

ファイザー・コロナワクチン接種予約票

(郵送：〒921-8041 金沢市泉3丁目3-6か、FAX送信：076-247-1338)

申し込み日： 月 日

1) 個人(月～土曜日) 1回目 ()、2回目 () いずれかに○

氏名(生年月日): _____ (昭・平・令 年 月 日)

住所:

携帯電話番号: - -

アレルギーの有無:(無、有: 何に対して?)

クーポン券(接種券):(無、有: どちらかに○してください)

緊急来院:(可能、不可能: どちらかに○してください)

2) 団体(月～土曜日) 希望人数 ()人 1回目 ()、2回目 ()

代表者のみ、上欄にご記入ください。同伴者は下記に記載して下さい。

緊急来院:(可能、不可能: どちらかに○してください)

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号: