

かみおかこどもクリニック 予防接種問診票

受診日

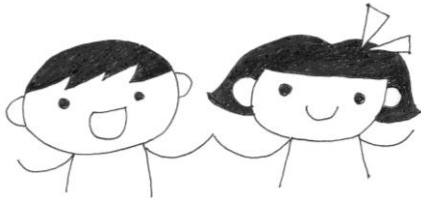
年

月

日

※当クリニックに初めて受診された方は、お手数ですが

住所・お電話番号・緊急連絡先もお書きください



ふりがな	
名 前	男・女
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
※住 所	〒
※電話番号	
※緊急連絡先	
体 温	℃

本日受けてたい予防接種に○をつけてください

(同時に複数のワクチン接種ができるため、複数選択可です)

- ・BCG 接種
- ・ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加
- ・四種混合 (DPT ポリオ) 1回目・2回目・3回目・追加
- ・二種混合 (DT) 接種
- ・日本脳炎 1期 (1回目・2回目・3回目・追加) 2期 接種
- ・MR (麻疹 風疹) 1期・2期
- ・ヒブ (Hib) 1回目・2回目・3回目・追加
- ・肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加
- ・おたふくかぜ 1回目・2回目
- ・水痘 (みずぼうそう) 1回目・2回目
- ・ロタウイルス
 - ロタテック (3回接種) 1回目・2回目・3回目
 - ロタリックス (2回接種) 1回目・2回目
- ・B型肝炎 1回目・2回目・追加