

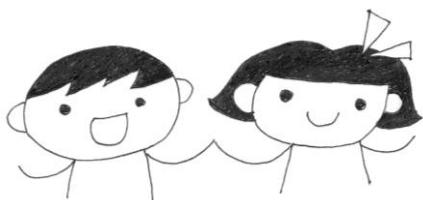
# かみおかこどもクリニック 予防接種問診票

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 ケ月 )
※住 所	〒
※電話番号	
※緊急連絡先	
体 温	℃

本日受けたい予防接種に○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)

- ・五種混合 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
- ・B型肝炎 1回目・2回目・追加
- ・口タウイルス  
　　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
- ・BCG 接種
- ・MR (麻疹 風疹) 1期・2期
- ・水痘 (みずぼうそう) 1回目・2回目
- ・おたふくかぜ 1回目・2回目
- ・日本脳炎 1期 (1回目・2回目・追加) ・2期
- ・ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン  
(子宮頸がんワクチン) 1回目・2回目・3回目
- ・二種混合 接種
- ・三種混合 接種
- ・ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加