

かみおかこどもクリニック 予防接種問診票

受診日

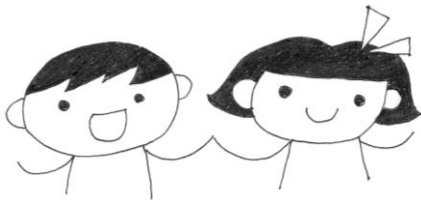
年

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
- ・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
- ・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