

■ 予防接種受付票 ■

お名前 _____ (才)

本日受ける予防接種に○を付けてください

ヒブ	肺炎球菌	B型肝炎	四種混合	日本脳炎	二種混合
ロタ	MR	水痘	おたふく	その他	
				(ワクチン名を記入下さい)	

☆最初に受付で熱をはかってもらって下さい。 (度)

- (1) 1週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか? はい いいえ
 (医師から本日の予防接種を受けて良いと言われましたか? はい いいえ)
- (2) 4週間以内に予防接種を受けましたか? はい いいえ
 「はい」の方は、該当の予防接種に○を付けてください。
 (ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 日本脳炎 二種混合
 ロタ MR (麻疹・風疹) 水痘 おたふく
 その他 ())
- (3) 本日、診察も希望されますか? はい いいえ
 皮膚 咳 鼻水 その他 ()

※ 本用紙+診察券+母子手帳+問診票をそろえてから、窓口で受付して下さい。