



ワクチンデビュー問診票

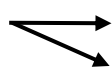
お子様のお名前	(男 ・ 女)
生年月日	令和 年 月 日
生後3ヵ月目	令和 年 月 日
在住市	市在住

Q1 今日、生後____ヵ月____日目です。

Q2 今日の希望する予防接種に○をつけて下さい。

- ・ヒブ ・肺炎球菌 ・B型肝炎
- ・ロタウィルスワクチン【ロタテック(5価) ・ロタリックス(1価) 要予約】
- ・四種混合(三種混合+不活化ポリオ)
- ・その他()
- ・接種できるものは全てやりたい

Q3 同時接種を希望しますか？

- ・はい  ()本まで ・いいえ
できる本数すべて

Q4 BCGの予定がわかりましたらご記入ください。

令和 年 月 日 or まだ決まっていない

Q5 予防接種スケジュールの相談を希望しますか？

- ・はい ・いいえ

Q6 栄養方法は？

- ・母乳(現在K2シロップを服用中 はい or いいえ)
- ・混合
- ・ミルク

Q7 何か質問がありましたら、下記にご記入ください。