

# ワクチンデビュー問診票

— いたう小児科 —

◎お子様のお名前： \_\_\_\_\_ (男・女) ◎生年月日 \_\_\_\_\_ : 令和 / / \_\_\_\_\_

◎在住市： \_\_\_\_\_ 市 ◎生後3カ月目： 令和 / / \_\_\_\_\_

Q1. 今日は、生後 \_\_\_\_\_ か月 \_\_\_\_\_ 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
- 四種混合 (三種混合+不活化ポリオ)
- ロタウィルスワクチン (以下の内容を確認してどちらかを選んでください)

	利点	欠点	どちらかを選択して下さい。
ロタテック (5価)	• 接種期間が長い → 6週～32週未満 (※初回は15週未満まで)	• 接種回数が多い → 3回	
ロタリックス (1価)	• 接種回数が少ない → 2回	• 接種期間が短い → 6週～24週未満 (※初回は15週未満まで)	

Q3. 同時接種を希望しますか？

- はい      ↗ (                      ) 本まで  
                 ↘ できる本数すべて
- いいえ

Q4. BCGの予定がわかりましたら、ご記入下さい。

\_\_\_\_\_ H / / \_\_\_\_\_ 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、下記にご記入下さい。