



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 : H ____ / ____ / ____

◎在住市： _____ 市 ◎生後3カ月目： H ____ / ____ / ____

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 ・ロタ ・B型肝炎
- ・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
 ↘ 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. 何か質問がありましたら、下記にご記入下さい。

