

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2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。

- ・五種混合
- ・肺炎球菌
- ・B型肝炎

・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. 身長・体重測定をご希望ですか？

- ・はい
- ・いいえ

Q5. 何か質問がありましたら、下記にご記入下さい。