

まりあクリニック宛 FAX 042-442-2188

★下記ご記入の上、クリニックあてに送信ください。3診療日以内に FAX にて返信を致します。

お名前 _____ 診察券番号 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才 _____ ヶ月

ご自宅電話番号 _____ ご自宅 FAX 番号 _____

①Hib ↓○をつけてください ↓接種年（西暦）月日を記入してください

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	
3回目	済み	未	
追加	済み	未	

②肺炎球菌（プレベナー）

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	
3回目	済み	未	
追加	済み	未	

③ロタワクチン(0歳の方)

ロタテック 1回目・ロタリックス 1回目	済み	未	
ロタテック 2回目・ロタリックス 2回目	済み	未	
ロタテック 3回目	済み	未	

④B型肝炎

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	
3回目	済み	未	

⑤4種混合

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	
3回目	済み	未	
追加	済み	未	

⑥BCG（0歳の方） 未接種 接種済み（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

⑦日本脳炎（生後6ヶ月以上の方）

第1期 1回目	済み	未	
第1期 2回目	済み	未	
第1期 追加	済み	未	
第2期	済み	未	

⑧MR（麻疹・風疹）（1歳以上の方）

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	

⑨水痘（みずぼうそう）（1歳以上の方）

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	

水痘にかかったことがありますか？（0歳の方もお答えください） 有・無

⑩おたふく（ムンプス）（1歳以上の方）

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	

おたふくにかかったことがありますか？（0歳の方もお答えください） 有・無

⑪11歳以上の方： 二種混合 未接種 接種済み（ 年 月 日）