

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 \_\_\_\_\_

① Hib(5歳以上の方は記載不要です) ↓ ○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)(5歳以上の方は記載不要です)

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	

④ B型肝炎

1回目	済み	未	
2回目	済み	未	
3回目	済み	未	

⑤ 4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	

⑥ BCG(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）