

記入日 年 月 日

ワクチン初診問診票

ふりがな		生年月日	
お名前		S・H・R 年 月 日	歳 か月
住所	〒		電話
保育園・幼稚園・学校			体重

☆ワクチンは初めてですか？（はい ・ いいえ）

☆お子様のご家族について

父 歳 母 歳

兄弟姉妹（例 兄5歳）

☆お子様の妊娠中及び出産時について

何か異常はありましたか？（無・有： _____）

生下時体重： _____ g

☆今までにかかった病気はありますか？あれば病名を書いてください。

（例： けいれん、喘息、はしかなど）

☆乳児健診で発育、発達の問題を指摘されたことはありますか？

無 ・ 有 _____

☆アレルギーはありますか？

無 ・ 有 _____

☆お子様が1歳以下の場合お答えください。

ご家族（父母、祖父母、兄弟姉妹）に結核やB型肝炎にかかった人はいますか？（無 ・ 有）

ご家族がワクチンで重大な副作用が起きた人やケロイド体質の方はいますか？（無 ・ 有）

たつのシテイタワークリニック