



なまえ: _____

(歳 か月 日)

同伴の方	父・母・祖父・祖母・その他()
電話番号	

/

※1週間以内に発熱があった場合
本日、ワクチン接種はできません



発熱あり

お子さんの体温: _____ °C

発熱なし

同伴の方の体温: _____ °C

今日の予防接種



- Hib _____ 回目
- 肺炎球菌 _____ 回目
- B型肝炎 _____ 回目
- 4種混合 _____ 回目
- ロタウイルス(リックス・テック) _____ 回目
- BCG
- 麻疹風疹 _____ 回目
- 水痘 _____ 回目
- おたふくかぜ _____ 回目
- 日本脳炎 _____ 回目
- 二種混合
- 子宮頸がん _____ 回目
- インフルエンザ _____ 回目
- コロナ _____ 回目

入力	最終

その他 _____

健診

- 4 か月健診 9 か月健診 _____ か月健診
- 1 歳健診 _____ 歳健診

栄養

母乳 _____ 回 ミルク ml× _____ 回 離乳食 _____ 回

- | | | |
|---|-------------|------|
| ① 1週間以内に当院を受診していますか | いない・いる(検査) |) |
| ② 県外移動・県外接触はありますか | いない・ある(いつ) | 場所) |
| ③ 1か月以内に家族でコロナにかかっている方はいますか | いない・いる(どなた) |) |
| ④ 現在周りに下記の感染者はありますか | いない |) |
| (コロナ・インフルエンザ・水ぼうそう・おたふく・溶連菌・アデノ・RS・ロタ・) | | |
| ④ 現在家族を含め周囲に風邪症状のある方はいますか | いない・いる(どなた) |) |
| ⑤ 過去に新型コロナウイルスにかかりましたか | いいえ・はい(/) |) |
| ⑥ ご家族に妊娠中の方はいますか | いない・いる(妊娠) | 週) |

健診にいらしゃった方へ

「3密」対策もご協力ください！

“接触時間の短縮のために”

○先生に聞きたいこと

○助産師に聞きたいこと

○看護師に聞きたいこと

○栄養士に聞きたいこと

○歯科衛生士に聞きたいこと

お名前 _____ **歳** _____ **か月**

あらかじめお書きください。ご協力お願いします。