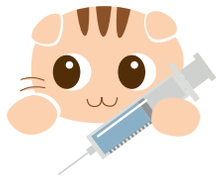
２ヶ月からのはじめてワクチン
スケジュール相談アンケート



スケジュール相談を希望される方は、お電話（03-5980-0855）でお申込みください。
こちらをプリントアウトしていただきご記入の上、ご来院の際にお持ちいただければと思います。
ご来院頂いた際にご記入頂くことも可能です。その際は、お約束のお時間より早めにご来院ください

ふりがな			
お子様のお名前			
生年月日	西暦　　年　　月　　日	性別	男の子　・　女の子

ご希望のワクチンをお選びください（☑チェックしてください。）

☐ 肺炎球菌 PCV　☐ 5 種混合（ゴービック）　☐ B 型肝炎　☐ ロタワクチン（ロタテック）
☐ 上記以外のワクチン（メーカー含む）

同時接種・単独接種のご希望の確認をおねがいします。（☑チェックしてください）

☐ ４つ同時接種（標準方法）　☐ 単独接種（オリジナルスケジュール希望）

ワクチン接種にあたり医師に相談したいことがありましたら、ご記入ください

接種前に、あらかじめ医師に伝えておきたいことなどありましたら、ご記入ください。

当院をお知りになったきっかけを教えて下さい。

☐ 保健所等からのご紹介　☐ インターネット（ホームページ･Google 等）　☐ ご友人・知人からのご紹介
☐ 豊島区発行の情報誌（子育て情報ハンドブック・こんにちは赤ちゃん）をご覧になって
☐その他（　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

上池袋こどもクリニック
https://kamiikebukuro-kodomo-cl.com
〒170-0012 豊島区上池袋4-10-8 ソネット上池袋1階
☎03-5980-0855　FAX:03-5980-0856