

最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか

はい | いいえ

病名、治ゆ日（

月 日)

1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの

はい | いいえ

病気の方がいましたか 病名、治ゆ日（

月 日)

1ヶ月以内に予防接種を受けましたか

はい | いいえ

予防接種の種類、接種日（

月 日)

生まれてから今までに先天性異常、心臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、

1

麻しん、風しん、その他の病気につかり、医師の診察を受けていますか

はい | いいえ

病名 (

)

その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか

はい | いいえ

ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか () 歳頃

はい いいえ

その時に熱が出ましたか

はい | いいえ

草や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりすることがありますか

はい いいえ

近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか

はい いいえ

これまでに予防接種を受けて具合が悪くなつたことはありますか

はい いいえ

予防接種の種類（

3

还想书信又耽搁到八月今以两行书。大人勿念。大女

Table 2. λ_1 and λ_2 vs. γ