

具体的な症状を書いてください ()		
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名、治ゆ日 () 月 日)	はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名、治ゆ日 () 月 日)	はい	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類、接種日 () 月 日)	はい	いいえ
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、 麻疹、風しん、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ
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
薬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ったことはありますか	はい	いいえ