

5	家族や周りで流行っている病気はありますか？	はい	どなた() 病名()	いいえ
6	新型コロナワクチンを接種した	はい	最終接種日: 年 月 日 分からなければ未記入で大丈夫です	いいえ
9	食べ物やお薬のアレルギーはありますか？	はい ()	いいえ	
10	(お子さんの場合)第何子ですか？ 兄弟児の名前をご記入ください	第()子	() () () () () ()	
11	(女性の方)妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ	
12	(女性の方)授乳中ですか？	はい	いいえ	

ご記入ありがとうございました。 ご案内までしばらくお待ちください