

ردیف	نام بیمار	کد ملی	سن	جنسیت	شماره همراه	شهر	سیگاری	بارداری	عادت ماهیانه	نام واکسن	نوبت واکسن	تزریق واکسن	وقوع عارضه	نوع عارضه
------	-----------	--------	----	-------	-------------	-----	--------	---------	--------------	-----------	------------	-------------	------------	-----------