

予防接種等の記録

児童名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

母子手帳を参考にしながら、予防接種を受けた年月日を該当欄内にご記入ください。

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	備考
ヒブ	R H . .	R H . .	R H . .	R H . .	開始年齢により必要な回数が異なります。
肺炎球菌	R H . .	R H . .	R H . .	R H . .	
ジフテリ 傷風 百日咳	4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	R H . .	R H . .	R H . .	どのワクチンを何回接種したかで内容が変わります。 (例) 4種混合4回 3種混合3回+不活化ポリオ3回+4種混合1回 3種混合4回+生ポリオ2回 3種混合4回+生ポリオ1回+不活化ポリオ3回 3種混合4回+不活化ポリオ4回
	3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	R H . .	R H . .	R H . .	
	生ポリオ	R H . .	R H . .	/	
	不活化ポリオ	R H . .	R H . .	R H . .	
B C G	R H . .	/	/	/	
MR(麻しん・風しん)	R H . .	R H . .	/	/	2回目は小学校就学前に実施。
水痘(みずぼうそう)	R H . .	R H . .	/	/	
日本脳炎	R H . .	R H . .	R H . .	/	4回目は9歳以降に実施。
B型肝炎	R H . .	R H . .	R H . .	/	
ロタ	R H . .	R H . .	R H . .	/	ワクチンの種類により2回と3回ものがあります。
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	R H . .	R H . .	/	/	
インフルエンザ					

○今までにかかったことがある病気○

以下に該当する病気がありましたら、感染年月をご記入ください。

病名	感染年月	病名	感染年月
突発性発疹	R H .	ウイルス性結膜炎	R H .
百日咳	R H .	伝染性膿痂疹(とびひ)	R H .
咽頭結膜炎(プール熱)	R H .	ヘルパンギーナ	R H .
溶連菌感染症	R H .	麻しん	R H .
ウイルス性肝炎	R H .	風しん	R H .
手足口病	R H .	水痘(みずぼうそう)	R H .
伝染性紅斑(りんご病)	R H .	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	R H .
流行性嘔吐下痢症	R H .		

そのほかにかかったことのある病気がありましたら、ご記入ください。