

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
ロタウイルス	R H . .	R H . .	R H . .		ロタリックス:2回、ロタテック:3回
B型肝炎	R H . .	R H . .	R H . .		
ヒブ	R H . .	R H . .	R H . .	R H . .	接種開始時期・間隔により回数異なります。
小児用肺炎球菌	R H . .	R H . .	R H . .	R H . .	
四種混合 (ジフテリア・百日ぜき・破傷風・ポリオ)	R H . .	R H . .	R H . .	R H . .	
五種混合 (ジフテリア・百日ぜき・破傷風・ポリオ・ヒブ)	R H . .	R H . .	R H . .	R H . .	
BCG	R H . .				
水痘(みずぼうそう)	R H . .	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。
日本脳炎	R H . .	R H . .	R H . .		4回目は9歳以降に実施。
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	R H . .	R H . .			
幼児インフルエンザ					

そのほかに接種したものがありましたら、ご記入ください。

○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。