

# 予 防 接 種 状 況

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日生 ( 男 ・ 女 )

☆ 予防接種の済んでいるものに、○を付けて下さい。

・BCG	・不活化ワクチン ( 1・2・3 ) 追加
・ポリオ ( 生 1・2 )	・4種混合 ( 1期・1・2・3 )
・三種混合 ( 1期・1・2・3 )	・肺炎球菌 ( 1・2・3 ) 追加
・MR ( 1期・2期 )	・B型肝炎ウイルス ( 1・2・3 )
・水痘 ( 1・2 )	・ビフワクチン ( 1・2・3 ) 追加
・おたふく風邪 ( 1・2 )	・ロタウイルス ( 1・2・3 ) 追加
・日本脳炎 ( 1・2・3 ) 追加	

☆ 今までに、かかった病気に○を付けて下さい。

・突発性発疹	・はしか	・風疹	・水痘	・百日咳
・おたふく風邪	・川崎病	・その他 (		)

☆ インフルエンザ予防接種確認

・平成	年度	1回目 ( 済 ・ 未 )	2回目 ( 済 ・ 未 )
・平成	年度	1回目 ( 済 ・ 未 )	2回目 ( 済 ・ 未 )
・平成	年度	1回目 ( 済 ・ 未 )	2回目 ( 済 ・ 未 )
・平成	年度	1回目 ( 済 ・ 未 )	2回目 ( 済 ・ 未 )
・平成	年度	1回目 ( 済 ・ 未 )	2回目 ( 済 ・ 未 )