

# 予防接種状況

記入年月日 令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	H・R 年 月 日生 (男・女)

☆ 予防接種の済んでいるもの、□にチェックを付けて下さい。

・B型肝炎 (母子感染予防を防ぐ)	<input type="checkbox"/>	・水痘 (みずぼうそう)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ロタウイルス (飲むワクチン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・BCG	<input type="checkbox"/>	・4種混合 (3種混合・ポリオ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・MR (麻しん風疹混合)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/>
			・おたふく	<input type="checkbox"/>

☆ 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

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