

予防接種の記録

Immunization Record

海外より転入された方は、母子健康手帳や接種履歴等を見ながら記入をお願いします。

記入欄が足りない場合は【その他の接種】に記入をしてください。記入後は返信用封筒に母子健康手帳や接種履歴等のコピーを同封し、来所前に保健センターまで郵送してください。

郵送は到着までに数日かかることがありますので、日付に余裕をもってお越しください。予防接種の予約日が近い方や、記載方法がわからないなどの場合は、母子健康手帳や接種履歴等を持って保健センターまでお越しください。

ヒブ (Haemophilus influenzae type b)

年月日	年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----	-----

小児用肺炎球菌 (Streptococcus pneumoniae)

年月日	年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----	-----

B型肝炎 (Hepatitis B)

年月日	年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----	-----

日本脳炎1期 (Japanese Encephalitis)

年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----

日本脳炎2期 (Japanese Encephalitis)

年月日

DPT 3種混合 (Diphtheria・Pertussis・Tetanus)

年月日	年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----	-----

年月日	年月日
-----	-----

不活化ポリオ (IPV)

年月日	年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----	-----

年月日	年月日
-----	-----

経口生ポリオ (OPV)

年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----

DT 2期 (Diphtheria・Tetanus)

年月日

皆様の待ち時間を少しでも短くするために、ご協力をお願いします。



お子さんの名前 name	転入前の国名 Country name	
生年月日 Birthday	年 月 日 Y / M / D	かかった病気を教えてください (どちらかに○を付けてください)
電話番号 phone number	- -	水ぼうそう Varicella
		有 ・ 無 yes / no
		おたふくかぜ Mumps
		有 ・ 無 yes / no

ツベルクリン反応 (tuberculin reaction)

B C G

年月日

年月日

MR 麻しん・風しん (Measles・Rubella)

年月日	年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----	-----

風しん (Rubella)

年月日	年月日
-----	-----

麻しん (Measles)

年月日	年月日
-----	-----

MMR 麻しん・おたふくかぜ・風しん (Measles・Mumps・Rubella)

年月日	年月日
-----	-----

水痘 (Varicella)

年月日	年月日
-----	-----

子宮頸がん予防 (Human Papilloma)

年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----

【任意予防接種】

↓ ロタテックかロタリックスどちらかに○を付けてください

ロタウイルス (Rotavirus) ロタテック (2回) またはロタリックス (3回)

年月日	年月日	年月日
-----	-----	-----

おたふくかぜ (Mumps)

年月日	年月日
-----	-----

【その他の接種】 ※インフルエンザ、A型肝炎、狂犬病、髄膜炎菌は記入不要です

ワクチン名Vaccine	接種日 Y/M/D	ワクチン名Vaccine	接種日 Y/M/D
	年月日		年月日
	年月日		年月日