

予防接種の記録

Immunization Record

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
		おたふくかぜ Mumps
		有 ・ 無 yes / no
		有 ・ 無 yes / no

海外より転入された方は、こちらの用紙をご記入いただき、保健センターへの転入手続き時にご持参ください。
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。

↓ロタリックスかロタテックどちらかに○を付けてください

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

年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------

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-IPV 4種混合 (Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio)

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

DPT 3種混合 (Diphtheria・Pertussis・Tetanus)

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
-------	-------	-------	-------

経口生ポリオ (OPV)

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

DT2期 (Diphtheria・Tetanus)

年 月 日

ツベルクリン反応 (tuberculin reaction)

年 月 日

BCG

年 月 日

MR 麻しん・風しん (Measles・Rubella)

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
ワクチン名 ()	ワクチン名 ()	ワクチン名 ()

【任意予防接種】

おたふくかぜ (Mumps)

年 月 日	年 月 日
-------	-------

コロナワクチン接種：ワクチン名に○をしてください

年 月 日	ファイザー・モデルナ その他 ()	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他 ()
年 月 日	ファイザー・モデルナ その他 ()	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他 ()

【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