

予防接種チェック表

名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

※母子健康手帳を確認して、予防接種とかかったことのある病気の年月日をご記入ください。

	予防接種	1回目	2回目	3回目	追加
定期接種	ロタウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	インフルエンザ菌b型(ヒブ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	小児用肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	四種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	五種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、ヒブ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	BCG	年 月 日			
	麻しん・風しん(MR)	年 月 日	年 月 日		
	水痘(水ぼうそう)	年 月 日	年 月 日		
	日本脳炎	年 月 日	年 月 日		年 月 日
任意接種	おたふくかぜ	年 月 日	年 月 日		

かかったことのある病気

突発性発疹	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

保護者確認欄(予防接種歴をご確認後、月/日をご記入ください)

年齢	例	0歳児	1歳児	2歳児	年少	年中	年長
春の内科健診	4/5						
秋の内科健診	9/10						