

# 予防接種票

ふりがな 児童氏名	
生年月日	H      年      月      日

※太枠内をご記入ください。

◆下記の予防接種を受けた場合は、回数のところのところに年月を記載してください。						
ワクチンの種類		1回目	2回目	3回目	4回目	
BCG	受けていない		/	/	/	わからない
四種混合 (ジフテリア、破傷風 ポリオ、百日咳)	受けていない					わからない
MR (麻疹・風疹混合)	受けていない			/	/	わからない
麻疹(単独)	/			/	/	わからない
風疹(単独)	/			/	/	わからない
日本脳炎1期	受けていない				/	わからない
水ぼうそう	受けていない			/	/	わからない
おたふくかぜ	受けていない			/	/	わからない
Hib (インフルエンザ菌B型)	受けていない					わからない
小児用肺炎球菌	受けていない					わからない
ロタウィルス	受けていない				/	わからない
インフル エンザ	H      年度	受けていない				わからない
	H      年度	受けていない				わからない
	H      年度	受けていない				わからない
その他						