予防接種の記録

ワクチン	接種年月日				ワクチン	接種年月日	
ヒブ（Hib）	1回	2回	3回	追加	ポリオ	1回	2回
肺炎球菌	1回	2回	3回	追加		3回	追加
ロタウイルスワクチン	1回	2回	3回		BCG		
B型肝炎	1回	2回	3回	追加	麻疹、風疹（MR）	1期	2期
4種混合	1回	2回	3回	追加	水痘（水ぼうそう）	1回	2回
3種混合	1回	2回	3回	追加	おたふくかぜ	1回	2回
日本脳炎	1回	2回	追加	2期			

今までにかかった主な病気

病　名	年 月 日	病　名	年 月 日	病　名	年 月 日
麻疹（はしか）		おたふくかぜ		伝染性紅斑（りんご病）	
水痘（水ぼうそう）		風疹（三日はしか）		手足口病	
突発性発疹					

次の症状はありますか

ひきつけ･けいれんの経験　　ない　・　ある　（いつ頃　　）

アレルギー　　食品（アレルゲン　　症状･除去食　　）

薬品　・　その他（　　）

かかりやすい病気や体質がありましたら記入して下さい。

これまでに入院治療を受けた病気や大きなけがなどを記入して下さい。