

母子健康手帳の表紙



接種を受けるお子さんの情報及び保護者の氏名がわかるように、コピーしてください。

令和 年 月 日交付 No.

保護者の氏名

ふりがな
子の氏名

男・女

子の生年月日 年 月 日生 (第 子)

安城市

おたふくかぜの予防接種記録のページ

予防接種の記録 (4) Immunization Record

| ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年 齢) | メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No. | 接種者名 Physician | 備 考 Remarks |
|----------------------|-------------------------|---|-------------------|----------------|
| おたふくかぜ Mumps | | | | |
| | | | | |
| インフルエンザ Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

おたふくかぜワクチンの接種記録がすべてわかる
よう、コピーしてください。

その他の予防接種記録のページ

予防接種の記録 (5)

その他の予防接種

| ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年 齢) | メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No. | 接種者名 Physician | 備 考 Remarks |
|--------------------|-------------------------|---|-------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |

おたふくかぜワクチンの接種記録がすべてわかるよう、コピーしてください。

気をつけてほしいこと

予防接種の記録 (1) Immunization Record

感染症から子ども（自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも）を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

| ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年 齢) | メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No. | 接種者名 Physician | 備 考 Remarks |
|---|-------------------------|---|-------------------|----------------|
| インフルエンザ菌 b型 (Hib) Haemophilus influenzae type b | 1回 | | | |
| | 2回 | | | |
| | 3回 | | | |
| | 追加 | | | |
| 小児肺炎 Streptococcus pneumoniae | 3回 | | | |
| | 追加 | | | |
| B型肝炎 Viral Hepatitis type B | 1回 | | | |
| | 2回 | | | |
| | 3回 | | | |
| ロタウイルス Rotavirus ※5価経口弱毒 生ロタウイルス ワクチンのみ3 回目を接種 | 1回 | | | |
| | 2回 | | | |
| | 3回 | | | |

予防接種の記録 (2) Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria · Pertussis · Tetanus · Polio

| 時期 | ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年 齢) | メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No. | 接種者名 Physician | 備 考 Remarks |
|-----------|--------------------|-------------------------|---|-------------------|----------------|
| 第1期 初回 | 1回 | | | | |
| | 2回 | | | | |
| | 3回 | | | | |

BCG

| 接種年月日 Y/M/D (年 齢) | メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No. | 接種者名 Physician | 備 考 Remarks |
|-------------------------|---|-------------------|----------------|
| | | | |

| ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年 齢) | 接種者名 Physician | 備 考 Remarks |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|----------------|
| 麻疹 Measles ・ 風しん Rubella | 第1期 | | |
| | 第2期 | | |
| 水痘 Varicella | 1回 | | |
| | 2回 | | |

このページのコピーは、不要です。