予防接種の標準的な接種期間（0歳で接種するもの）

接種時期（定期）

※母子健康手帳のデザインは一例です。お手元の母子健康手帳とデザインや予防接種の欄の配置が異なる場合があります。

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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
小児肺炎球菌 Strepto-coccus pneumoniae	1回	（　歳　か月）				
	2回	（　歳　か月）				
	3回	（　歳　か月）				
	追加	（　歳　か月）				
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回	（　か月　日）				
	2回	（　か月　日）				
	3回	（　か月　日）				
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3回目を接種	1回	（　週　日）				
	2回	（　週　日）				
	3回	（　週　日）				

小児肺炎球菌（計3回）
生後2か月～7か月に至るまで

B型肝炎（計3回）
生後2か月～9か月に至るまで

ロタウイルス（計2または3回）
生後2か月～出生14週6日まで
※ロタリックス（計2回）、ロタテック（計3回）

予防接種

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・インフルエンザ菌b型（Hib）
Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b

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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
第1期初回	1回		（　歳　か月）				
	2回		（　歳　か月）				
	3回		（　歳　か月）				
第1期追加			（　歳　か月）				
第2期（DT）※			（　歳）				

※ジフテリア・破傷風（Diphtheria・Tetanus）

5種混合（計3回）
生後2か月～7か月に至るまで

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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
（　歳　か月）				

BCG（計1回）生後5か月～8か月に達するまで

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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
麻しん・風しん Measles・Rubella	第1期	（　歳　か月）				
	第2期	（　歳　か月）				
水痘 Varicella	1回	（　歳　か月）				
	2回	（　歳　か月）				

予防接種

予防接種の記録（3）
Immunization Record

日本脳炎
Japanese Encephalitis

時　期		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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
第1期初回	1回	（　歳　か月）				
	2回	（　歳　か月）				
第1期追加		（　歳　か月）				
第2期		（　歳）				

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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
ヒトパピローマウイルス（HPV） Human Papillomavirus	1回	（　歳）				
	2回	（　歳）				
	3回	（　歳）				

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

予防接種

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	接種部位 Injection site	備　考 Remarks
おたふくかぜ Mumps		（　歳）				
		（　歳）				
インフルエンザ Influenza		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				
		（　歳）				

予防接種