予防接種記録表

母子手帳に記載されている日付（西暦）にてご記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １回目 | ２回目 | ３回目 | ４回目 | ５回目 |
| 記入例 | 2022/01/10 | 2022/02/22 | 2022/03/25 |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |
| ４種混合 |  |  |  |  |  |
| ３種混合 |  |  |  |  |  |
| ２種混合 |  |  |  |  |  |
| ポリオ |  |  |  |  |  |
| MR |  |  |  |  |  |
| 麻疹 |  |  |  |  |  |
| 風疹 |  |  |  |  |  |
| おたふく |  |  |  |  |  |
| 日本脳炎 |  |  |  |  |  |
| ﾋﾌﾞ |  |  |  |  |  |
| 肺炎球菌 |  |  |  |  |  |
| 水痘 |  |  |  |  |  |
| A型肝炎 |  |  |  |  |  |
| B型肝炎 |  |  |  |  |  |
| ロタウィルス |  |  |  |  |  |
| 狂犬病 |  |  |  |  |  |
| 腸チフス |  |  |  |  |  |
| 髄膜炎菌 |  |  |  |  |  |
| インフルエンザ |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

出生時の記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分娩：正常　　：異常（　　　　　　） | 身長　　　　　　㎝ | 体重　　　　　　　　ℊ |
| 妊娠期間　　　週　　　日 | 胸囲　　　　　　㎝ | 頭囲　　　　　　　　㎝ |
|  |  |  |

2022.06