

お子さんのお名前	
生年月日	平成・令和 年 月 日生
保護者名	
住所	
電話番号	
前住所	

**【予防接種の記録】** ※「予防接種と子どもの健康」の冊子はお持ちですか？

( はい ・ いいえ )

種 別	接種日	接種場所	Lot No.
BCG			
四種混合 (DPT-IPV)	1回目		
	2回目		
	3回目		
	追 加		
三種混合 (DPT)	1回目		
	2回目		
	3回目		
	追 加		
ポリオ (生ワクチン、経口)	1回目		
	2回目		
ポリオ (不活化ワクチン、 注射)	1回目		
	2回目		
	3回目		
	追 加		
麻しん			
風しん			
麻しん風しん 混合ワクチン	1期		
	2期		
日本脳炎	1回目		
	2回目		
	追 加		

種 別		接種日	接種場所	Lot No.
ヒブ	1回目			
	2回目			
	3回目			
	追 加			
肺炎球菌	1回目			
	2回目			
	3回目			
	追 加			
水 痘 (水ぼうそう)	1回目			
	2回目			
B型肝炎	1回目			
	2回目			
	3回目			
ロタウイルス	1回目			
	2回目			
	3回目			
子宮頸がん	1回目			
	2回目			
	3回目			

## 【乳幼児健診の記録】

健診名	受診年月日	受診場所	健診結果
3～4か月児健診			異常なし・要経過観察(身体面・発達面)
1歳6か月児健診			異常なし・要経過観察(身体面・発達面)
3歳児健診			異常なし・要経過観察(身体面・発達面)
			異常なし・要経過観察(身体面・発達面)

\*気になっていること・心配なこと、前住所地で継続して相談しておられたことなどありましたら、下記にご記入ください。

※事務処理

予診票配布	入 力	台帳転記