

## 予防接種の記録 Immunization Record

ツベルクリン反応検査 TB Skin Test						BCG		
実施年月日 Y/M/D	注 射 部 位	実施者署名 Physician	反 応 (mm)	判 定 Result	判定者署名 Physician	接種年月日 Y/M/D	ロット Lot.No	接種者署名 Physician
	左 右 上中下							
	左 右 上中下							

### 百日せき・ジフテリア・破傷風混合 (DPT) Diphtheria・Pertussis・Tetanus combined

時 期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufac- turer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
第 1 期 初 回	1 回				
	2 回				
	3 回				
第 1 期 追 加					

薬剤などのアレルギー記入欄

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー / ロット Manufac- turer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)				
麻しん (はしか) Measles				
風しん (三日はしか) Rubella				

日本脳炎  
Japanese Encephalitis

時期		接種年月日 Y/M/D	メーカー / ロット Manufac- turer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
第 1 期初回	1 回				
	2 回				
第 1 期追加					



このページは保護者自身で記入してください。

今までにかかった主な病気  
Record of Childhood Illnesses

病名 Illnesses	年月日 Y/M/D	備考（症状・合併症など） Remarks
麻疹（はしか） Measles		
水痘（水ぼうそう） Chickenpox		
おたふくかぜ Mumps		
風しん（三日はしか） Rubella		
伝染性紅斑（りんご病） Erythema Infectiosum		
手足口病 Hand-foot-mouth disease		