

## 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 (年齢)	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 (年齢)	ロット Lot.No	接種者署名 Physician
	左 右 上中下							
	左 右 上中下							

### ジフテリア・百日せき・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 (年齢)	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 (年齢)	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 (年齢)	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					

## 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/ロット Manufac- turer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks

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 (年齢)	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		