

予防接種 接種確認表 (接種希望ワクチンの□に✓をご記入下さい。接種後は日付をご記入し、次回接種時にご提出下さい)

名 前 :

2017. 11 3版作成

生年月日 : 20 年 月 日

	第1回 (①)	第2回 (②)	第3回 (③)	第4回 (④)	第5回 (⑤)	備考
	接種時期	接種時期	接種時期	接種時期	接種時期	
H i b	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 生後2か月頃	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から4~8週後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ②から4~8週後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ③から7~13か月後の1歳早期		接種開始時期により、接種回数等が異なります。詳細は医師までご相談下さい。
小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 生後2か月頃	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から4週後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ②から4週後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ③から60日後で12~15か月	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日)	接種開始時期により、接種回数等が異なります。詳細は医師までご相談下さい。
B型肝炎	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 生後2か月頃	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から4週間後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ②から20~24週後			
ロタウィルス	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 生後2か月頃	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から4週間後				1回目の接種、は15週(105日目)までが望ましいです。
四種混合 (DPT-IPV)	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 生後3か月	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から3~8週間後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ②から3~8週間後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ③から6か月~1年後		
MR (はしか・風疹)	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 1歳	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 小学校入学前年の1年間				
水痘 (みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 1歳	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から3~6か月後				2回目の接種は2歳頃(3歳までに)受けましょう。
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 1歳	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から2~4年後				2回目の接種は年長さんで受けましょう。
日本脳炎	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 3歳	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から2~4週間後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ②から約1年後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 9~12歳		
B C G	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 生後11か月まで					
A型肝炎	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 1歳~	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ①から2~4週間後	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) ②から約半年後			
髄膜炎菌	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 2歳					
二種混合 (D T)	<input type="checkbox"/> (20 年 月 日) 11歳・12歳				定期接種	
その他					任意接種	