

# 予防接種確認票

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ カ月 \_\_\_\_\_

## 1 今回ご予約のワクチン

- ① \_\_\_\_\_ ワクチン 期：1・2・3・追加 最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- ② \_\_\_\_\_ ワクチン 期：1・2・3・追加 最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- ③ \_\_\_\_\_ ワクチン 期：1・2・3・追加 最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- ④ \_\_\_\_\_ ワクチン 期：1・2・3・追加 最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- ⑤ \_\_\_\_\_ ワクチン 期：1・2・3・追加 最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 2 前回（最後に）接種したワクチンに☑をつけてください。

（同時接種の場合は同時接種したもの全てご記入ください。）

### ■不活化ワクチン

- B 型肝炎（1・2・追加）
- ヒブ（1・2・3・追加）
- 肺炎球菌（1・2・3・追加）
- DPT-IPV（4種混合）（1・2・3・追加）
- 日本脳炎（1・2・追加・Ⅱ期）
- DTⅡ期
- 子宮頸癌（ガーダシル・サーバリックス）
- インフルエンザ（1・2）

### ■生ワクチン

- ロタ（ロタリックス 1・2）  
（ロタテック 1・2・3）
- BCG
- MR（麻疹/風疹）（1・2）
- 水痘（1・2）
- おたふくかぜ（1・2）

最終接種日は \_\_\_\_\_ 年 月 日

予防接種を受けるのは初めて（初めての方はこちらに☑をしてください。）

## 3 最近1週間で風邪症状・発熱はありましたか？（どちらかに☑をつけてください）

なし  あり → ( \_\_\_\_\_ )

## 4 これまで予防接種での副作用はありましたか？（どちらかに☑をつけてください。）

なし  あり → ( \_\_\_\_\_ )

## 5 母子手帳は持参していますか？

【 持参している ・ 母子手帳忘れ ・ 母子手帳紛失 】



マーガレットこどもクリニック

ご回答ありがとうございました