

No.

## 予防接種・乳幼児健診状況連絡書

- お子さんがいらっしゃる方は、今後、予防接種と乳幼児健診がスムーズに受けられるよう、この連絡書を必ずこども健康課に、ご返送ください。
- 四種混合・DPTは、接種した方のワクチンに☑をしてください（平成24年から、DPTワクチンに代わり四種混合ワクチンが導入されました）
- ポリオは、接種した方のワクチンに☑をしてください（四種混合を接種している場合は記入不要です）

予防接種・乳幼児健診を受けた日付をご記入ください

※記入内容がわかりにくい場合は、母子手帳の予防接種記録のコピーの添付でも構いません

お子様の氏名					
お子様の生年月日	平成・令和	年	月	日	男・女

電話番号記入			
--------	--	--	--

予防接種の種類	回数	接種年月日	受けた市町村	
ヒブ	1回目	平成・令和 年 月 日		
	2回目	平成・令和 年 月 日		
	3回目	平成・令和 年 月 日		
	追加	平成・令和 年 月 日		
小児用肺炎球菌	1回目	平成・令和 年 月 日		
	2回目	平成・令和 年 月 日		
	3回目	平成・令和 年 月 日		
	追加	平成・令和 年 月 日		
B型肝炎	1回目	平成・令和 年 月 日		
	2回目	平成・令和 年 月 日		
	3回目	平成・令和 年 月 日		
ロタウイルス	ロタリックス (2回接種)	1回目	平成・令和 年 月 日	
		2回目	平成・令和 年 月 日	
	ロタテック (3回接種)	1回目	平成・令和 年 月 日	
		2回目	平成・令和 年 月 日	
		3回目	平成・令和 年 月 日	

予防接種の種類	回数	接種年月日	受けた市町村	
混合接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> DPT	1回目	平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> DPT	2回目	平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> DPT	3回目	平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> DPT	追加	平成・令和 年 月 日	
BCG			平成・令和 年 月 日	
MR	1期	平成・令和 年 月 日		
	2期	平成・令和 年 月 日		
水痘	1回目	平成・令和 年 月 日		
	2回目	平成・令和 年 月 日		
おたふくかぜ	1回目	平成・令和 年 月 日		
	2回目	平成・令和 年 月 日		
日本脳炎	1回目	平成・令和 年 月 日		
	2回目	平成・令和 年 月 日		
	追加	平成・令和 年 月 日		
	2期	平成・令和 年 月 日		
DT2期			平成・令和 年 月 日	
ポリオ	<input type="checkbox"/> 不活化 <input type="checkbox"/> 生	1回目	平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不活化 <input type="checkbox"/> 生	2回目	平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不活化 <input type="checkbox"/> 生	3回目	平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不活化 <input type="checkbox"/> 生	追加	平成・令和 年 月 日	
その他			平成・令和 年 月 日	
			平成・令和 年 月 日	
			平成・令和 年 月 日	
			平成・令和 年 月 日	

4歳未満のお子さんは乳幼児健診の受診日をご記入ください

健診名	受診日	受けた市町村
乳幼児健診	前期	平成・令和 年 月 日
	後期	平成・令和 年 月 日
1歳半健診	平成・令和 年 月 日	
2歳児歯科健診	平成・令和 年 月 日	
3歳児健診	平成・令和 年 月 日	