

お子様氏名 _____
生年月日 平成 年 月 日

予防接種の種類		接種年月日（罹患日）
三種混合 （1期）	1回目	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日
ポリオ	1回目	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日
麻しん（はしか）	1回（リカン）	平成 年 月 日
風しん	1回（リカン）	平成 年 月 日
日本脳炎	1回目	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日
ツベルクリン反応 検査	乳幼児	平成 年 月 日
B C G	乳幼児	平成 年 月 日