



## 既往歴・予防接種歴調書

氏名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日

病名	水痘	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	百日ぜき
り患の有無	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
り患年齢	才頃	才頃	才頃	才頃	才頃

### 予防接種歴 (西暦でご記入ください)

種類	接種年月日	
B型肝炎	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
Hib (インフルエンザ菌b型)	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	追加	年 月 日
小児用肺炎球菌	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	追加	年 月 日
四種混合(DPT-IPV)	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	追加	年 月 日
BCG		年 月 日
MR(麻しん・風しん混合)	第1期	年 月 日
	第2期	年 月 日
水痘(水ぼうそう)	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
日本脳炎	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	追加	年 月 日