

予防接種チェック表

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日



定期接種



任意接種

ワクチン	種類	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回
インフルエンザ菌 b型（ヒブ）	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	
肺炎球菌 (PCV7、PCV13)	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. () スケジュールの(注2)を参照
B型肝炎	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()		
ロタウイルス	生	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. () 1価ワクチン（ロタリックス®）は2回で終了	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. () 5価ワクチン（ロタテック®）は3回で終了		
ジフテリア、 百日咳、破傷風、 ポリオ	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	
BCG	生	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()				
麻しん、風しん (MR)	生	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()			
水痘	生	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()			
おたふくかぜ	生	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()			
日本脳炎	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	
インフルエンザ	不活化	(毎年接種が推奨されるので、2枚目を参照)				
二種混合（DT）	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()				
ヒトパピローマ ウイルス（HPV）	不活化	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()	<input type="checkbox"/> (年 月 日) Lot No. ()		

2016年10月1日版 日本小児科学会

