

予 防 接 種 調 査 票

未接種または接種ずみのいずれかに 印をつけ、接種ずみの場合は必要事項にご記入ください。
 集団接種の場合または医療機関がわからない場合は接種を受けた市町村名を記入してください。
 また、不明の部分には不明とご記入ください。

(フリガナ) お子さんの氏名	生年月日	性別	住 所	保 護 者 氏 名
ハチノヘ ハナコ 八戸 花子	7.4.7	女	八戸市長者 丁目1 - 1 ☎45-1580	八戸 太郎

予 防 接 種 名	接 種 の 有 無	接 種 年 月 日	医 療 機 関 名	ワクチンの製造者名
			医 師 名	Lot No (製造番号)
ポリオ	1回目	1 未接種	十和田市	日本ポリオ研究所
		2 接種ずみ	?	35
	2回目	1 未接種	十和田市	日本ポリオ研究所
		2 接種ずみ	?	35
三種混合	初回	1 未接種	大山クリニック	北里
	1回目	2 接種ずみ	大山	43 - A
	初回	1 未接種	大山クリニック	北里
	2回目	2 接種ずみ	大山	43 - A
	初回	1 未接種	大山クリニック	北里
	3回目	2 接種ずみ	大山	43 - A
	追加	1 未接種	大山クリニック	北里
		2 接種ずみ	大山	43 - A
二種混合で接種している場合は「接種ずみ」の後に、二混と記入してください。				
麻しん		1 未接種	十和田市立中央病院	タケダ
		2 接種ずみ	?	317
MMRで接種した場合には「接種ずみ」の後に、MMRと記入してください。				
風しん		1 未接種		
		2 接種ずみ		
MMRで接種した場合には「接種ずみ」の後に、MMRと記入してください。				
日本脳炎	初回	1 未接種	大山クリニック	タケダ
	1回目	2 接種ずみ	大山	HJ034B
	初回	1 未接種	大山クリニック	タケダ
	2回目	2 接種ずみ	大山	HJ035B
	追加	1 未接種	大山クリニック	タケダ
		2 接種ずみ	大山	HJ046A

お子さんの氏名

平成7年4月1日以後に

ツ反・BCGを受けた方はこの用紙にご記入ください。

予 防 接 種 名		接 種 の 有 無 ・ 接 種 年 月 日 ・ 医 療 機 関 等											
ツ反・ BCG	① ツ 反	ツベルクリン反応検査は判定まで受けた場合のみ接種ずみに 印を付け、 必要事項を記入してください。											
		1 未接種	接種年月日	医療機関名	医 師 名								
		2 接種済み	H8.7.2	十和田市	?								
			判定年月日	医療機関名	医 師 名	長 径	判定結果						
		H8.7.4	十和田市	?	0 mm	-・+・ ++・+++							
	②	ツ反または再ツ反の結果が長径9mm以下(-)だった方のみお答えください。											
BCG	1 未接種	接種年月日	医療機関名	医 師 名	ワクシ製造者	Lot No							
		2 接種済み	H8.7.4	十和田市	?	?	K 1 5 7 6						
	③	ツ反の結果が長径10mm以上(+・++・+++)だった方のみお答えください。 判定を受けてから、2か月以内に再度ツ反を受けましたか。											
再ツ反	1 受けない 2 受けた												
		接種年月日	医療機関名	医 師 名									
		判定年月日	医療機関名	医 師 名	長 径	判定結果							
					mm	-・+・ ++・+++							
		再ツ反の結果が9mm 以下(-)だった方は②BCGの欄を記入してください。											
	④	ツ反または再ツ反の結果、精密検査を受けた方のみお答えください。											
精密 検査	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受診年月日</th> <th>医療機関</th> <th>医師名</th> <th>結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					受診年月日	医療機関	医師名	結果				
	受診年月日	医療機関	医師名	結果									
その他	副反応など特記することがある場合はご記入ください。												