

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
.....			☎ -	

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		
		2 接種済み		
	2 回目	1 未接種		
		2 接種済み		
三種混合	初回	1 未接種		
	1 回目	2 接種済み		
	初回	1 未接種		
	2 回目	2 接種済み		
	初回	1 未接種		
	3 回目	2 接種済み		
	追 加	1 未接種		
		2 接種済み		
二種混合で接種している場合は「接種済み」の後に、二混と記入してください。				
麻しん		1 未接種		
		2 接種済み		
MMRで接種した場合には「接種済み」の後に、MMRと記入してください。				
風しん		1 未接種		
		2 接種済み		
MMRで接種した場合には「接種済み」の後に、MMRと記入してください。				
日本脳炎	初回	1 未接種		
	1 回目	2 接種済み		
	初回	1 未接種		
	2 回目	2 接種済み		
	追加	1 未接種		
		2 接種済み		

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				
			判定年月日	医療機関名	医 師 名	長 径
				mm	- ・ + ・ ++ ・ +++	
BCG	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。				
		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				
再ツ反	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。				
		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。						
精密 検査	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。				
		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。				