



※予防接種について、接種済みのものに○をつけてください。

※その他の任意接種を受けられた場合は（ ）内にワクチン名を記入してください。

インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回		2回		3回		追加	
小児肺炎球菌	1回		2回		3回		追加	
B型肝炎	1回		2回		3回			
ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ	第1期初回						第1期 追加	
	1回		2回		3回			
BCG								
麻しん・風しん	第1期		第2期					
水痘	1回		2回					
日本脳炎	第1期初回				第1期 追加			
	1回		2回					
ロタウイルス	1回		2回		3回			
*任意接種 おたふくかぜ	1回		2回					
その他① ( )								
その他② ( )								

そのほか、保育所に知らせておきたい事や、気を付けてほしい事があれば記入してください。

( )