

実施済みの予防接種届出書

【 提出日：令和 年 月 日】

転入日	令和 年 月 日		
住 所	箕輪町大字 番地		
保護者氏名 <small>※未成年の場合</small>		電話番号	
氏 名		生年月日	平成 令和 年 月 日

※母子健康手帳を参考に以下を記入してください。

※20歳以上の方は、ヒトパピローマウイルス（HPV）欄のみ記入してください。

【 予防接種の記録 】

予防接種の種類	接種年月日		予防接種の種類	接種年月日	
インフルエンザ菌b型 (ヒブ)	初回1回目	年 月 日	□タウイルス ※□タリックスか□タテックどちらかに○をしてください。	1回目	□タリックス □タテック 年 月 日
	初回2回目	年 月 日		2回目	□タリックス □タテック 年 月 日
	初回3回目	年 月 日		3回目	□タテック 年 月 日
	追加	年 月 日	3種混合	1期初回1回目	年 月 日
小児用肺炎球菌ワクチン	初回1回目	年 月 日	4種混合 ※どちらかに○をしてください。	1期初回2回目	年 月 日
	初回2回目	年 月 日		1期初回3回目	年 月 日
	初回3回目	年 月 日		1期追加	年 月 日
	追加	年 月 日	2種混合	2期	年 月 日
B型肝炎	1回目	年 月 日	ポリオ ※生ワクチンか不活化ワクチンどちらかに○をしてください。	1回目	生・不活化 年 月 日
	2回目	年 月 日		2回目	生・不活化 年 月 日
	3回目	年 月 日		3回目	不活化 年 月 日
水痘 (水ぼうそう)	1回目	年 月 日		1期追加	不活化 年 月 日
	2回目	年 月 日	日本脳炎	1期初回1回目	年 月 日
麻しん風しん混合	1期	年 月 日		1期初回2回目	年 月 日
	2期	年 月 日		1期追加	年 月 日
麻しん	年 月 日			2期	年 月 日
風しん	年 月 日		ヒトパピローマウイルス (HPV) ※サーバリックスかガーダシルどちらかに○をしてください。	1回目	サーバリックス ガーダシル 年 月 日
BCG	年 月 日			2回目	サーバリックス ガーダシル 年 月 日
ツベルクリン	年 月 日			3回目	サーバリックス ガーダシル 年 月 日
				未接種	(←未接種の場合に○をしてください。)