

予防接種の記録  
Immunization Record

接種履歴のあるすべてのページの  
写真を添付してください

0歳児から受けましょう 生年月日(西暦)

ワクチンの種類 Vaccine		予定※ (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
		接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
小児用肺炎球菌 (13価結合型) Streptococcus pneumoniae (PCV13) ※生後7か月以上で開始する時はP138を参照	1回	予定 / / (2か月)		接種開始月齢 (  か月)
	2回	予定 / / (1回目から4週間後)	備考 左・右	
	3回	予定 / / (2回目から4週間後)	備考 左・右	
インフルエンザ菌b型 (ヒブ、Hib) Haemophilus influenzae type b ※生後7か月以上で開始する時はP138を参照	1回	予定 / / (2か月)		接種開始月齢 (  か月)
	2回	予定 / / (1回目から4週間後)	備考 左・右	
	3回	予定 / / (2回目から4週間後)	備考 左・右	
ロタウイルス Rota Virus ※2種類のワクチン が有り ・1価は2回接種で生後24週までに終了 ・5価は3回接種で生後32週までに終了	1回	予定 / / (生後6週から)		備考 1.5ml、2ml経口
	2回	予定 / / (1回目から4週間後)		
	3回	予定 / / (2回目から4週間後)	備考 2ml経口	

※予防接種は、接種医のアドバイスや市区町村の集団接種スケジュールにより前後することもあります。また、月齢などにより回数も減ることもあります。

※予防接種は同時接種も可能です。かかりつけ医にご相談ください。

※ワクチン接種予定日をおかかりつけ医等に記入してもらいましょう。

		予定 (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
		接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
B型肝炎 Hepatitis B (HBV) ※1歳以上は自費	1回	予定 / / (2か月)		接種開始月齢 (  か月)
	2回	予定 / / (1回目から4週間後)	備考 左・右	
	3回	予定 / / (1回目から20~24週間後)	備考 左・右	
四種混合 ジフテリア・ 百日せき・ 破傷風・ ポリオ ※1(DPT-IPV)	1回	予定 / / (3か月)		接種開始月齢 (  か月)
	2回	予定 / / (1回目から3~8週間以内)	備考 左・右	
	3回	予定 / / (2回目から3~8週間以内)	備考 左・右	
BCG ※1歳以上は自費		予定 / / (5か月~7か月)		備考 左・右

※1 Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio

○薬剤などのアレルギー記入欄


1 妊娠・産後  
2 乳児期  
3 幼児期  
4 小学生から  
5 発育曲線と計測値  
6 予防接種  
7 食生活  
8 事故防止  
9 諸制度

1 妊娠・産後  
2 乳児期  
3 幼児期  
4 小学生から  
5 発育曲線と計測値  
6 予防接種  
7 食生活  
8 事故防止  
9 諸制度

1 妊産後  
2 乳児期  
3 幼児期  
4 小学生から  
5 発育曲線と計測値  
6 予防接種  
7 食生活  
8 事故防止  
9 諸制度

1歳になったら受けましょう 生年月日(西暦) 年 月 日生

ワクチンの種類 Vaccine	1 期	予定 (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
		接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
麻しん(はしか)・ 風しん Measles・Rubella (MR) ※2歳以上は自費	1 期	予定 / / (12か月)		
		/ /	備考 左・右	
		予定 / / (12か月~15か月)		
水痘(みずぼうそう) Varicella ※水痘の2回目は1回目 より3か月以上あける。		/ /	備考 左・右	
		予定 / / (18か月~23か月)		
		/ /	備考 左・右	
小児用肺炎球菌 (13価結合型) (PCV13)	4 回	予定 / / (12か月、前日から 60日以上あける)		
		/ /	備考 左・右	
	※1	/ /	備考 左・右	
インフルエンザ菌b型 (ヒブ、Hib)	4 回	予定 / / (3回目から7~13か月後)		
		/ /	備考 左・右	
四種混合 ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ ※3(DPT-IPV)	1 期追加 ※2	予定 / / (3回目の約1年後)		
		/ /	備考 左・右	

※1 小児用肺炎球菌の予備欄は、0歳代の接種回数不足時、1歳代で接種開始(60日以上あけて2回)時に使用。2歳以上では1回接種。  
 ※2 追加は3回目から6か月以上あける(標準は約1年後)。  
 ※3 Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio

5日 月 年 (西暦) 日 月 年 日 生

ワクチンの種類 Vaccine	予定 (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
	接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
(任意接種) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Mumps	予定 / / (12か月以降)		
	/ /	備考 左・右	
	予定 / / (5歳~7歳未満)		
	/ /	備考 左・右	

就学する前に受けましょう

ワクチンの種類 Vaccine	1 回	予定 (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
		接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
日本脳炎 ※1 Japanese Encephalitis 1期初回	1 回	予定 / / (3歳)		
		/ /	備考 左・右	
	2 回	予定 / / (1回目の1~4週間以内)		
		/ /	備考 左・右	
	追 加	予定 / / (4歳)		
		/ /	備考 左・右	
麻しん・風しん Measles・Rubella (MR) ※入学月から自費	2 期	予定 / / (就学前1年間)		
		/ /	備考 左・右	

※1 標準接種期間は3歳から。生後6か月から定期接種で受けられます。  
 1期追加は2回目から6か月以上あける(標準は約1年後)。

### 小学生で受けましょう

生年月日(西暦)

年 月 日生

ワクチンの種類 Vaccine	予定 (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
	接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
日本脳炎 Japanese Encephalitis 2期	予定 / / (9~12歳)		
	/ /	備考 左・右	
ジフテリア・破傷風 Diphtheria・Tetanus 2期	予定 / / (11~12歳)		
	/ /	備考 左・右	

### 中学生で受けましょう

ワクチンの種類 Vaccine	予定 (推奨年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician
	接種年月日(西暦) Y/M/D	備考(Remarks) 左: Left 右: Right	
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papilloma virus (子宮頸がん予防) (2価・4価)	1 回	予定 / / (13~16歳)	
		/ /	備考 左・右
	2 回	予定 / / (1回目から1か月後、 又は2か月後)	
	※	/ /	備考 左・右
	3 回	予定 / / (1回目から6か月後)	
		/ /	備考 左・右

※ 2回目の接種は、1回目から、2価が1か月後、4価が2か月後です。

### その他(任意)の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(西暦) (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ Influenza				

 1 妊産産後  
 2 乳児期  
 3 幼児期  
 4 小学生から  
 5 発育曲線と計測値  
 6 予防接種  
 7 食生活  
 8 事故防止  
 9 諸制度

その他(任意)の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

その他(任意)の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

1 妊娠・産後

2 乳児期

3 幼児期

4 小学生から

5 発育曲線と計測値

6 予防接種

7 食生活

8 事故防止

9 雑制度

1 妊娠・産後

2 乳児期

3 幼児期

4 小学生から

5 発育曲線と計測値

6 予防接種

7 食生活

8 事故防止

9 雑制度