

## 予 防 接 種 実 施 状 況 調 査 票

(記入者名 \_\_\_\_\_ 印 お子さんとの続柄: \_\_\_\_\_) 提出日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

お子さんの氏名	<small>(ふりがな)</small>	性別		生年月日 平成 _____年 _____月 _____日	保護者名
住 所	伯耆町		電話: _____	集落名: _____	
前 住 所	市町村		転入日	平成 _____年 _____月 _____日	

### 1. 予防接種実施済状況

予防接種名	回数	実施年月日	実施市町村名	備 考
ポリオ	1回	年 月 日		
	2回	年 月 日		
ツベルクリン反応		年 月 日		
BCG		年 月 日		
三種混合 I 期初回	1回	年 月 日		
	2回	年 月 日		
	3回	年 月 日		
	追加	年 月 日		
日本脳炎 I 期初回	1回	年 月 日		
	2回	年 月 日		
	追加	年 月 日		
麻しん (はしか)		年 月 日		
風しん		年 月 日		
麻しん風しん混合 (MR)	1回	年 月 日		
	2回	年 月 日		

2. 今までの予防接種で、発熱・けいれん等異常をおこしたことがありますか。

( なし ・ あり : 注射名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )

3. 一年以内に、ひきつけをおこしたことがありますか。

( なし ・ あり : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 )

4. その他、ご質問、ご相談等があればお書きください。

台帳	入力	予診票送付