

# 《 予防接種実施状況届 》

様式 1

住 所	〒 奈良市		転入年月日	平成 年 月 日 ( 市区町村から転入 )	
保 護 者 氏 名			電話番号		
フリガナ			問い合わせ可能な連絡先		
お 子 様 の 名 前					
生 年 月 日	平成 年 月 日 ( 歳 か月 )		平成 年 月 日 ( 歳 か月 )		
予 防 接 種 名	接種年月日	実施市町村	接種年月日	実施市町村	
ヒブ感染症	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	追 加	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
小児肺炎球菌 感染症	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	追 加	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
B型肝炎	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
ロタウイルス (ロタリックス・ロタテック) ※いずれかに○を付 けてください。	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
4 種 混 合 三 種 混 合 ※いずれかに○を 付けてください。	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	追 加	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
BCG		H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
麻しん・風しん (MR)	第1期	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	第2期	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
水痘 (水ぼうそう)	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
日本脳炎第1期	1回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	2回目	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	追 加	H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
ポリオ ※生ワクチンか不活 化ワクチンのどちら かに○を付けてくだ さい。	1回目	H・R 年 月 日 (生・不)		H・R 年 月 日 (生・不)	
	2回目	H・R 年 月 日 (生・不)		H・R 年 月 日 (生・不)	
	3回目	H・R 年 月 日 (不)		H・R 年 月 日 (不)	
	追 加	H・R 年 月 日 (不)		H・R 年 月 日 (不)	

各市町村で配布されている「予防接種と子どもの健康」の冊子はお持ちですか？  
( 持っている・持っていない )

\*上記の情報は、乳幼児健診担当課・赤ちゃん訪問担当課と情報共有させていただきます。

受付		説明			交付			PC入力	
日時	方法	受付者	実施日	実施者	交付物	交付日	交付者	入力日	実施者
／	窓口・郵便・メール FAX・分室 ( )		窓口・TEL ／		予診票綴り対象者 ( )	窓口・郵送 ／		／	