

# 予防接種届

社会福祉法人桜桃福祉会

さくらんぼ・かえで・Cherry' sHug

園児名 \_\_\_\_\_ (クラス: \_\_\_\_\_)

所属保育園名 \_\_\_\_\_

子どもが予防接種を受けたものに○をつけてください。

(必ず保護者が記入してください)

〈 予防接種名 〉

- BCG ( 1回 )
- ヒブ感染症 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4回 )
- 肺炎球菌感染症 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4回 )
- 四種混合 ( 1 ・ 2 ・ 3回 ・ 追加 )
- 麻疹・風疹 ( 1 ・ 2回 )
- 水痘(みずぼうそう) ( 1 ・ 2回 )
- B型肝炎 ( 1 ・ 2 ・ 3回 )
- 日本脳炎 ( 1 ・ 2回 ・ 追加 )
- 流行性耳下腺線(おたふくかぜ) ( 1 ・ 2回 )
- インフルエンザ ( 1 ・ 2回 )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

年 月 日に上記の予防接種をうけました。

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_