

# 転入時予防接種調査表

記入日： 年 月 日

前住所			
現住所	〒	-	
電話番号	勇払郡占冠村字	☎	( )
保護者名			
転入届出日	年	月	日 転入 (住民票の異動日)

ふりがな		性別	出生時の状況	体重 g	身長 cm
お子さんの名前		男	妊娠週数	週	日
生年月日	年	月	日	女	出生場所

予防接種の種類		接種日		確認	予防接種の種類		接種日		確認
インフルエンザ菌 b型 (Hib)	1回目	年	月	日	麻しん・風しん	1期	年	月	日
	2回目	年	月	日		2期	年	月	日
	3回目	年	月	日	水痘	1回目	年	月	日
	追加	年	月	日		2回目	年	月	日
小児肺炎球菌	1回目	年	月	日	日本脳炎	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日		2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日		追加	年	月	日
	追加	年	月	日		2期	年	月	日
B型肝炎	1回目	年	月	日	ヒトパピローマウイルス	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日		2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日		3回目	年	月	日
四種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ)	1回目	年	月	日	ロタウイルス	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日		2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日	おたふくかぜ		年	月	日
	追加	年	月	日	※母子健康手帳の「予防接種の記録」のコピーを添付してください。				
	第2期 (DT)	年	月	日					
BCG		年	月	日					

受付確認印