



乳幼児健診及び予防接種記入表

(5歳未満のお子様のいる方)



健康づくり福祉課では、お子様の健やかな成長を支援するために、保健事業を実施しています。予防接種や健診の案内を正確に行うため、下記の項目について、転入前の記録を母子健康手帳から転記をお願いします。必要事項を記入した後、返信用封筒を使用して健康づくり福祉課まで返送してください。

記録を確認し、予防接種の予診票や今後の乳幼児健診のスケジュールなど、お渡しするものがある場合、電話連絡や必要書類の郵送をさせていただきます。

子の氏名		生年月日	H・R 年 月 日
保護者氏名		電話番号	
住所	小豆島町		
就園状況	() 保育所 ・ こども園 ・ 幼稚園 ・ 自宅		

1. 予防接種について

ワクチンの種類		受けた日	どこで
インフルエンザ菌b型 ヒブ (Hib)	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	3回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	追加	H・R 年 月 日	市・町・病院
小児肺炎球菌	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	3回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	追加	H・R 年 月 日	市・町・病院
B型肝炎	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	3回	H・R 年 月 日	市・町・病院
ジフテリア・ 百日ぜき・ 破傷風・ポリオ	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	3回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	追加	H・R 年 月 日	市・町・病院
BCG	-	H・R 年 月 日	市・町・病院

裏面に続く

ワクチンの種類		受けた日		どこで
麻しん(はしか) ・風しん	第1期	H・R	年 月 日	市・町・病院
	第2期	H・R	年 月 日	市・町・病院
水痘	1回	H・R	年 月 日	市・町・病院
	2回	H・R	年 月 日	市・町・病院
日本脳炎	第1期 初回	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
		2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	第1期 追加	H・R	年 月 日	市・町・病院
※ ロ タ ウ イ ル ス	ロタリックス	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
		2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
	ロタテック	1回	H・R 年 月 日	市・町・病院
		2回	H・R 年 月 日	市・町・病院
		3回	H・R 年 月 日	市・町・病院

※ロタウイルスは、製剤名をご確認の上、ロタリックスもしくはロタテックのどちらか一方にご記入をお願いします。

2. 乳幼児健診について

種別	受けた日	どこで	結果	結果詳細・ 特記事項等
3～4 か月児健診	H・R 年 月 日	市・町・病院	健康・要観察	
9～10 か月児健診	H・R 年 月 日	市・町・病院	健康・要観察	
1歳6 か月児健診	H・R 年 月 日	市・町・病院	健康・要観察	
3歳児健診	H・R 年 月 日	市・町・病院	健康・要観察	



【問い合わせ先】

小豆島町健康づくり福祉課

TEL:0879-82-7038