

予防接種連絡カード

クラス _____ 組 _____ 名前 _____

受けた日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 受けた病院 _____

接種したものに○印を付けてください。				
B型肝炎				
ロタウイルス				
ヒブ				
小児用肺炎球菌				
四種混合 三種混合・ポリオ				
BCG				
MR(麻疹・風疹混合)				
水痘				
おたふくかぜ				
日本脳炎				
インフルエンザ				
A型肝炎				
HPV				
髄膜炎菌				
その他				

※保護者の方が記入して職員に提出して下さるようお願いいたします。