**医療・予防接種の記録**　　（Ｎｏ.　　）

様式１０

**大きな病気や怪我をした時など、記入しておくと便利です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **年月日**  **月　齢** | **診断名・治療内容** | **医療機関名・主治医名** | **担当者** |
| 年　月　日  　歳　　か月 |  |  | 入院・通院  手術（あり、なし） |
| 年　月　日  　歳　　か月 |  |  | 入院・通院  手術（あり、なし） |
| 年　月　日  　歳　　か月 |  |  | 入院・通院  手術（あり、なし） |
| 年　月　日  　歳　　か月 |  |  | 入院・通院  手術（あり、なし） |
| 年　月　日  　歳　　か月 |  |  | 入院・通院  手術（あり、なし） |
| 年　月　日  　歳　　か月 |  |  | 入院・通院  手術（あり、なし） |

**予防接種　（接種済に○をつけましょう）**

|  |
| --- |
| **BCG**　　　　**おたふくかぜ**　　　**水痘（みずぼうそう）**  **四種混合（ジフテリア・百日ぜき・破傷風・不活化ポリオ）**：１・２・３・追加  **不活化ポリオ**：１・２・３・追加  **三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）**：１・２・３・追加  **生ポリオ**：　１回目・２回目  **MR（麻疹・風疹）**：第１期・第２期　　　　　**二種混合（ジフテリア・破傷風**）  **ヒブワクチン**：１・２・３・追加  **小児肺炎球菌ワクチン**：１・２・３・追加  **日本脳炎：**１・２・追加  **Ｂ型肝炎**：１・２・３    その他 |