**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  |