●予防接種実施医療機関の方へ

《抜粋版母子健康手帳を持つ方への対応についてのお願い》

日頃から、本市の母子保健事業に御理解と御協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、本市では紛失等の理由により、母子健康手帳を持っていない中学生以上の方が、予防接種の記録を目的として母子健康手帳の交付を希望された際には、母子健康手帳の予防接種欄を抜粋したものを提供しております。

貴院での予防接種を実施するにあたり、抜粋版母子健康手帳につきましても、一般の母子健康手帳と同様にお取り扱いいただくようお願いいたします。

問合せ先

・母子手帳に関して
国分寺市こども家庭センター
子育て相談室　母子保健係
電話:042-321-1801

・予防接種に関して
国分寺市　健康部　健康課　予防係
電話:042-312-8628

国分寺市

母子健康手帳

≪抜粋版　予防接種記録用≫

年　　月　　日交付

ふりがな

保護者の氏名

ふりがな

ふりがな

子の氏名　　第　子

生年月日　　年　　月　　日 性別

2026. 6

予防接種の記録 （1）

Immunization Record

感染症から子ども(自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも)を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために　　予防接種の効果と副反応をよく理解し、自身が接種するとともに、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接　種 年月日 Y/M/D	妊娠 週数-日 Week of Pregnancy	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
RSウイルス Respiratory Syncytial Virus					

予防接種

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回				
	2回				
	3回				
	追加				
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回				
	2回				
	3回				
ロタウイルス Rotavirus ※5価経口弱毒生ロタウイルスワクチンのみ3回目を接種	1回				
	2回				
	3回				

＜このページは保護者自身で記入してください。＞

今までにかかった主な病気

水痘（水ぼうそう）や風しんなどの感染症、アトピー性皮膚炎や喘息、食物アレルギーなどのアレルギー疾患、骨折などの外傷、心臓病などの大きい病気にかかった場合にきちんと記録しておきましょう。

病名	年月日 (年齢)	備考 (症状、合併症、治療、手術の状況など)

予防接種の記録 （５）

その他の予防接種

ﾜｸﾁﾝの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D （年齢）	ﾒｰｶｰ又は製剤名／ﾛｯﾄ Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks

予防接種の記録 （２）

Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib) Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b						
時期		ワクチンの種類 Vaccine	接種 年月日 Y／M／D （年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
第１期初回	1回					
	2回					
	3回					
第1期追加						
第2期 ジフテリア・破傷風 Diphtheria・Tetanus						

BCG			
接　種 年月日 Y／M／D （年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y／M／D （年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期				
	第2期				
水痘 Varicella	1回				
	2回				

予防接種

予防接種の記録 （3）

Immunization Record

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期		接種年月日 Y／M／D （年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
第1期追加					
第2期					

予防接種

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y／M／D （年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマウイルス (HPV) Human Papillomavirus	1回				
	2回				
	3回				

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

予防接種の記録 （4）

ﾜｸﾁﾝの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D （年齢）	ﾒｰｶｰ又は製剤名／ﾛｯﾄ Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
おたふくかぜ Mumps				
インフルエンザ Influenza				