

# VACCINATION/ILLNESS REPORT SHEET

Class \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date    /    /

<b>Vaccination record 予防接種 記録</b>			
* Please fill the date of vaccination 予防接種日付を記入してください			
DTP 小児予防接種	/	/	DPT-IPV 4種混合ワクチン
Japanese Encephalitis 脳炎	/	/	Tetanus 破傷風
Influenza インフルエンザ	/	/	Rubella 風疹
Influenza-b(Hib) インフルエンザ B	/	/	Hepatitis A 肝炎A
Polio 小児マヒ	/	/	Hepatitis B 肝炎B
MR 僧帽弁閉鎖不全賞	/	/	Rubella 風疹
Measles はしか	/	/	TB skin test ツベルクリン
Mumps おたふくかぜ	/	/	Tuberculosis 結核
Chicken pox 水ぼうそう	/	/	Other その他

<b>Illness which your child had before</b>			
Measles 麻疹	/	/	Chicken pox 水疱瘡
Mumps おたふくかぜ	/	/	Rubella 風疹
Erythema Infectiosum 伝染性紅斑	/	/	Hand-foot-mouth disease 手足口病

<b>Chronic illness 慢性的な病気</b>		
* please circle the ones your child has 当てはまるものには○を付けて下さい		
Asthma ぜんそく	Allergy アレルギー	
Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎	A congenital anomaly 先天性異常	
Anemia 貧血症	Convulsive fit けいれん	

Parent's signature \_\_\_\_\_