



西大和学園 予防接種記録 (Immunization Record)

2019年度改訂版

カリフォルニア州の法律により、園児・児童・生徒は年齢に応じて決められた回数の予防接種を受け、それらの結果を学校内で保管することが義務付けられています。つきましては、下記詳細を参考に、裏面に受けた予防接種実施日を全て記入し事務局にご提出ください。また、未接種ワクチンがある場合は、速やかに接種し、別紙にご記入頂きご提出ください。
このページに次回の接種日を記入し、コピーをして保管されることをお勧めいたします。

*予定日をご記入ください。

ワクチン名 Dose	次回接種日程 Earliest Dose May Be Given / Exclude If Not Given By	予定日 Day of Next Dose
ポリオ2回目 Polio 2nd dose	1回目から4週間あけて8週間以内に2回目 4 weeks after 1st dose / 8 weeks after 1st dose	/ /
ポリオ3回目 Polio 3rd dose	2回目から4週間あけて12カ月以内に3回目 4 weeks after 2nd dose / 12 months after 2nd dose	/ /
ポリオ4回目 Polio 4th dose	3回目から6カ月あけて12カ月以内に4回目 6 months after 3rd dose / 12 months after 3rd dose	/ /
三種混合2回目 DTaP 2nd dose	1回目から4週間あけて8週間以内に2回目 4 weeks after 1st dose / 8 weeks after 1st dose	/ /
三種混合3回目 DTaP 3rd dose	2回目から4週間あけて8週間以内に3回目 4 weeks after 2nd dose / 8 weeks after 2nd dose	/ /
三種混合4回目 DTaP 4th dose	3回目から6カ月あけて12カ月以内に4回目 6 months after 3rd dose / 12 months after 3rd dose	/ /
三種混合5回目 DTaP 5th dose	4回目から6カ月あけて12カ月以内に5回目 6 months after 4th dose / 12 months after 4th dose	/ /
B型肝炎2回目 Hep B 2nd dose	1回目から4週間あけて8週間以内に2回目 4 weeks after 1st dose / 8 weeks after 1st dose	/ /
B型肝炎3回目 Hep B 3rd dose	2回目から8週間あけて12カ月以内かつ1回目から4カ月後に3回目 8 weeks after 2nd dose / 12 months after 2nd dose & at least 4 months after 1st dose	/ /
MMR2回目/ 2nd dose (麻疹・おたふくかぜ・風)	1回目から4週間あけて4か月以内に2回目 4 weeks after 1st dose / 4 months after 1st dose	/ /
水疱瘡2回目 Varicella 2nd dose	13歳以下：1回目から3カ月あけて4か月以内に2回目 Age less than 13 years: 3 months after 1st dose / 4 months after 1st dose	/ /
	13歳以上：1回目から4週間あけて8週間以内に2回目 Age 13 years and older: 4 weeks after 1st dose / 8 weeks after 1st dose	/ /

- *A Polio: 4歳の誕生日以降に少なくとも1回受けていれば、本来は4回の所を3回で必要な回数を満たすとする。 3 doses OK if one was given on or after 4th birthday.
- *B DTaP: 7歳の誕生日以降に少なくとも1回受けていれば、本来は5回の所を3回で必要な回数を満たすとする。 3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.
- *C DTaP: 4歳の誕生日以降に少なくとも1回受けていれば、本来は5回の所を4回で必要な回数を満たすとする。 4 doses OK if one was given on or after 4th birthday.
- *D 7年生以降は7歳の誕生日、またはそれ以降に百日咳ワクチンを1回は接種する必要がある。尚、百日咳単体のワクチンはなく、Tdapワクチン（青年用の三種混合ワクチン：破傷風・ジフテリア・百日咳）や、それに代わるワクチンを接種すること。 For 7th - 12th graders, at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday.
- *E MMR: 必要な回数を1歳の誕生日以降に受けていればよい。 Both given on or after 1st birthday.

西大和学園 予防接種記録 (Immunization Record)

フリガナ:

フリガナ:

Student First & Last Name:

Guardian First & Last Name:

生年月日
Birth date: mm / dd / yyyy

学年
Grade: _____

Gender: Male: Female:

人種
Race/
Ethnicity:

White not Hispanic:
Hispanic:

Black:
Asian:

Other: ()

現在の年齢
Age: _____ year _____ month

出生地 (市 と 国)
Place of Birth (City & Country): _____ / _____

Address: _____

City / State: _____

Zip: _____

Phone #: _____

入学時の年齢で必要な予防接種表 Vaccination table required at the time of admission				*A~Eの詳細は反対面をご参照ください。Please refer to the back for more information on *A ~ E.					
予防接種 Vaccine	接種回数(#of doses)			接種した日付 Date Each Dose Was Given					
	プレ~年中 1.5~4歳	年長~12年生 5~18歳	7年生 12~13歳	1st	2nd	3rd	4th	5th	6th (Booster)
ポリオ (小児麻痺) POLIO (OPV / IPV)	3	4 *A	n/r	mm / dd / yyyy	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
三種混合 DTP/DTaP/DT/Td ジフテリア : Diphtheria 破傷風 : Tetanus	4	5 *B, C, & D	1	mm / dd / yyyy	/ /	/ /	/ /	/ /	*Peruses (百日咳) 7th Grader / /
MMR (以下の混合)	1	2 *E	n/r	mm / dd / yyyy	/ /	*実際にかった場合、 年月日を記入 *Please write the given date if contracted.			
はしか (麻疹) : Measles				mm / dd / yyyy	/ /				
おたふくかぜ : Mumps				mm / dd / yyyy	/ /				
風疹 (ドイツ麻疹) : Rubella				mm / dd / yyyy	/ /				
髄膜炎 HIB	1	n/r	n/r	mm / dd / yyyy	/ /	/ /	/ /	/ /	
B型肝炎 HEPATITIS B	3	3	n/r	mm / dd / yyyy	/ /	/ /	/ /	/ /	
水疱瘡 VARICELLA (Chickenpox)	1	2	n/r	mm / dd / yyyy	/ /	/ /	/ /	/ /	
A型肝炎 HEPATITIS A	n/r			mm / dd / yyyy	/ /	/ /	/ /	/ /	

はしか
Measles
おたふくかぜ
Mumps
風疹
Rubella
水疱瘡
Varicella

記載に誤りがないことを認めます。
I confirm that the information is accurate.

保護者氏名
Your Name: _____

BCG	日本国内で接種した人のみ (if given in Japan)	mm / dd / yyyy	/ /
-----	-------------------------------------	----------------	-----

結核の検査 TB	最終接種日 Date given	判定日 Date read	判定 Impression	Chest X-Ray (necessary if skin test POSITIVE)
ツベルクリン TB Skin Test	/ /	mm / dd / yyyy	+	Film Dte: _____
			- (陰性)	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal

保護者サイン
Signature: _____

日付
Date: _____