

### ワクチン接種

イリノイ州の法令により、以下のワクチン接種が必要です。  
未接種の場合は、登校停止になりますのでご留意下さい。

#### ①園児（年少、年中）の場合

ワクチン	回数	最短接種間隔	備考
三種混合：DTP/DTaP (ジフテリア・破傷風・百日咳)	4回	4週(28日)	1歳までに3回。 2歳までに追加接種(booster)1回。
ポリオ：IPV/OPV	3回	4週(28日)	1歳までに2回。 2歳までに追加接種(booster)1回。
三種混合：Measles/Mumps/Rubella (麻疹・流行性耳下腺炎・風疹)	1回		1歳以降
インフルエンザ菌 b 型：Hib	種類により異なる		1歳3ヶ月までに必要回数が終了していない場合、1歳3ヶ月以降に1回。
肺炎球菌：Pneumococcal	種類により異なる		2歳までに必要回数が終了していない場合、2歳以降に1回。
B型肝炎：Hepatitis B	3回	1～2回目：4週以上、2～3回目：8週以上、1～3回目：16週(日本では20週)以上。3回目は生後24週以降	
水疱瘡：Varicella (Chicken Pox)	1回		1歳以降

#### ②年長 ～ 中学3年生

ワクチン	回数	最短接種間隔	備考
三種混合：DTP/DTaP (ジフテリア・破傷風・百日咳)	4回以上	4週(28日)	追加接種(booster)が4歳以降で、前回との間隔が6ヶ月以上。
三種混合：Tdap (破傷風・ジフテリア・百日咳)	1回		小6以上対象
ポリオ：IPV/OPV	4回以上	4週(28日)	追加接種(booster)が4歳以降。 追加接種と前回の間隔が6ヶ月以上。
三種混合：Measles/Mumps/Rubella (麻疹・流行性耳下腺炎・風疹)	2回	4週(28日)	1回目が1歳以降
B型肝炎：Hepatitis B	3回	1～2回目：4週以上、2～3回目：8週以上、1～3回目：16週(日本では20週)以上。小6以上対象。	
水疱瘡：Varicella (Chicken Pox)	2回	4週(28日)	1回目が1歳以降
髄膜炎菌：Meningococcal (MCV)	1回		小6以上対象。11歳以降。