

予防接種名	接種の有無	接種年月日	医療機関名	ワクチンメーカー
			医師名	Lot. No. (製造番号)
四種混合 (第1期) または 三種混合 (第1期)	1回目	未・済		
	2回目	未・済		
	3回目	未・済		
	追加	未・済		
ポリオ	1回目	未・済		
	2回目	未・済		
※3回以上接種した(する)方は、ご記入ください。	3回目	未・済		
	追加	未・済		
BCG		未・済		
麻しん・ 風しん 混合	第1期	未・済		
	第2期	未・済		
水痘	1回目	未・済		
※2回目を接種した方は、ご記入ください。	2回目	未・済		
水痘にかかったことがありますか ⇒ ない・ある				
日本脳炎 (第1期)	1回目	未・済		
	2回目	未・済		
	追加	未・済		
	(第2期) 2期	未・済		
B型肝炎	1回目	未・済		
	2回目	未・済		
	3回目	未・済		
その他	※副反応など特記することがある場合はご記入ください。			