

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・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	〇〇病院 〇〇 〇〇	ビケン 4K02A
	2回目	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	"	ビケン 4K03A
	3回目	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	"	ビケン 4K04A
	追加	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
ポリオ	1回目	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
	2回目	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	〇〇病院 〇〇 〇〇	BCG KH172
麻しん・ 風しん 混合	第1期	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	〇〇クリニック 〇〇 〇〇	タケダ Y113
	第2期	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
水痘	1回目	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	〇〇病院 〇〇 〇〇	ビケン V2112
※2回目を接種した方は、ご記入ください。	2回目	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
水痘にかかったことがありますか ⇒ <input checked="" type="radio"/> ない・ある					
日本脳炎 (第1期)	1回目	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
	2回目	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
	追加	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
	(第2期)	2期	<input checked="" type="radio"/> 未・済		
B型肝炎 <input checked="" type="radio"/> 母	1回目	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	H ○. ○. ○	市立〇〇病院 〇〇 〇〇	化血研 Y65A
	2回目	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	R ○. ○. ○	"	化血研 Y66A
		<input checked="" type="radio"/> 未・済	R ○. ○. ○	"	化血研 Y67A
※母子感染予防として接種した場合は、このように記入してください。					
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。				