

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)
B型肝炎 ※母子感染 予防で1回目 を出生直後 に接種した場 合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1回目	未・済		
	2回目	未・済		
	3回目	未・済		
五種混合 (第1期) または 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 ※三種混合 を接種した場 合のみ記入	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 ※2回目を接 種した方は、ご 記入ください。	1回目	未・済		
	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	
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。			