

予防接種名	接種の有無	予診票 の交付 (し)	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・ <input checked="" type="radio"/>	H ○. ○. ○	市立○○病院 ○○ ○○	KMB Y113M
	2回目	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	" "	KMB Y114M
	3回目	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	" "	KMB Y115M
五種混合 (第1期) または <input checked="" type="radio"/> 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"/>	R ○. ○. ○	○○病院 ○○ ○○	ビケン 4K02A
	2回目	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	" "	ビケン 4K03A
	3回目	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	" "	ビケン 4K04A
	追加	<input checked="" type="radio"/> 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回目	未・済			
※3回以上接 種した(する) 方は、ご記入 ください。	追加	未・済			
BCG		未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	○○病院 ○○ ○○	BCG KH172
麻しん・ 風しん 混合	第1期	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	○○クリニック ○○ ○○	タケダ Y113
	第2期	<input checked="" type="radio"/> 未・済			
水痘	1回目	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	○○病院 ○○ ○○	ビケン V2112
	2回目	未・ <input checked="" type="radio"/>	R ○. ○. ○	" "	ビケン V2112
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		
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。				