

| 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・ 済 | H ○ . ○ . ○ | 市立○○病院 ○○ ○○ | KMB Y113M |
| | 2回目 | 未・ 済 | R ○ . ○ . ○ | " " | KMB Y114M |
| | 3回目 | 未・ 済 | R ○ . ○ . ○ | " " | KMB Y115M |
| 五種混合 (第1期) または 四種混合 (第1期) | 1回目 | 未・ 済 | R ○ . ○ . ○ | ○○病院 ○○ ○○ | ビケン 4K02A |
| | 2回目 | 未・ 済 | R ○ . ○ . ○ | " " | ビケン 4K03A |
| | 3回目 | 未・ 済 | R ○ . ○ . ○ | " " | ビケン 4K04A |
| | 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 | R ○ . ○ . ○ | ○○病院 ○○ ○○ | BCG KH172 |
| 麻しん・ 風しん 混合 | 第1期 | 未 ・ 済 | R ○ . ○ . ○ | ○○クリニック ○○ ○○ | タケダ Y113 |
| | 第2期 | 未 ・ 済 | | | |
| 水痘 | 1回目 | 未 ・ 済 | R ○ . ○ . ○ | ○○病院 ○○ ○○ | ビケン V2112 |
| | 2回目 | 未 ・ 済 | R ○ . ○ . ○ | " " | ビケン V2112 |
| 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。 | | | | |
| | | | | | |