

(参考様式)

予防接種済証

被接種者の住所 _____

被接種者の氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生 _____

・ 予防接種を行った日 _____ 年 月 日

・ ワクチン名

※接種したワクチンに、レ印を付けてください。

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ヒブ | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (MR) |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 麻しん |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 風しん |
| <input type="checkbox"/> DPT-IPV (四種混合) | <input type="checkbox"/> 水痘 |
| <input type="checkbox"/> DPT (三種混合) | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 |
| <input type="checkbox"/> DT (二種混合) | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |
| <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ | <input type="checkbox"/> BCG |

・ 製造業者

・ ロット番号

※ワクチン名・製造業者・ロット番号は、ワクチン付属のシールの添付でも可。

・ 接種費用 _____ 金 _____ 円

※領収金額を記載してください。

_____ 年 月 日

医療機関名 _____

代表者名又は

接種を行った医師名 _____ 印