

予防接種済証（鹿児島市）母子手帳を持参しなかった場合に交付

※該当する予防接種のワクチン、回数に○印をしてください。

ワクチンの種類	回数	メーカー/ロット
インフルエンザ菌b型(H i b)	1回・2回・3回・追加	
小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	
4種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）	1回・2回・3回・追加	
3種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）	1回・2回・3回・追加	
不活化ポリオ	1回・2回・3回・追加	
BCG（結核）		
麻しん風しん混合（MR）	1期・2期	
麻しん	1期・2期	
風しん	1期・2期	
水痘	初回・追加	
日本脳炎1期	1回・2回・追加	
子宮頸がん	1回・2回・3回	
B型肝炎	1回・2回・3回	
その他（ ）		

予防接種を受けた者 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

住所：鹿児島市 _____

接種年月日 _____ 年 月 日

実施医療機関名 _____

予防接種済証（鹿児島市）母子手帳を持参しなかった場合に交付

※該当する予防接種のワクチン、回数に○印をしてください。

ワクチンの種類	回数	メーカー/ロット
インフルエンザ菌b型(H i b)	1回・2回・3回・追加	
小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	
4種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）	1回・2回・3回・追加	
3種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）	1回・2回・3回・追加	
不活化ポリオ	1回・2回・3回・追加	
BCG（結核）		
麻しん風しん混合（MR）	1期・2期	
麻しん	1期・2期	
風しん	1期・2期	
水痘	初回・追加	
日本脳炎1期	1回・2回・追加	
子宮頸がん	1回・2回・3回	
B型肝炎	1回・2回・3回	
その他（ ）		

予防接種を受けた者 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

住所：鹿児島市 _____

接種年月日 _____ 年 月 日

実施医療機関名 _____