

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	回 数	ワクチンメーカー/ロット
4種混合（ジフテリア・破傷風・百日せき・ポリオ）	1回・2回・3回・追加	
3種混合（ジフテリア・破傷風・百日せき）	1回・2回・3回・追加	
2種混合（ジフテリア・破傷風）		
不活化ポリオ	1回・2回・3回・追加	
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	
日本脳炎1期	1回・2回・追加	
日本脳炎2期		
BCG		
ヒブ	1回・2回・3回・追加	
小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	
子宮頸がん	1回・2回・3回	
水痘	初回・追加	
その他（ ）		

予防接種を受けた者 氏名： _____ 生年月日：平成 ____年 ____月 ____日

住 所：鹿児島市 _____

接種年月日 平成 ____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	回 数	ワクチンメーカー/ロット
4種混合（ジフテリア・破傷風・百日せき・ポリオ）	1回・2回・3回・追加	
3種混合（ジフテリア・破傷風・百日せき）	1回・2回・3回・追加	
2種混合（ジフテリア・破傷風）		
不活化ポリオ	1回・2回・3回・追加	
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	
日本脳炎1期	1回・2回・追加	
日本脳炎2期		
BCG		
ヒブ	1回・2回・3回・追加	
小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	
子宮頸がん	1回・2回・3回	
水痘	初回・追加	
その他（ ）		

予防接種を受けた者 氏名： _____ 生年月日：平成 ____年 ____月 ____日

住 所：鹿児島市 _____

接種年月日 平成 ____年 ____月 ____日

実施医療機関名 _____