

予防接種済証（鹿児島市） 母子健康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 |
|-----------------------------|-----|-------------|----------|
| ロタウイルス | 1価 | 1回・2回 | |
| | 5価 | 1回・2回・3回 | |
| B型肝炎 | | 1回・2回・3回 | |
| インフルエンザ菌b型（H i b感染症） | | 1回・2回・3回・追加 | |
| 小児用肺炎球菌 | 15価 | 1回・2回・3回・追加 | |
| | 20価 | 1回・2回・3回・追加 | |
| 5種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ） | | 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 | |
| 2種混合（ジフテリア・破傷風） | | | |
| 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 | | 1回・2回 | |
| 日本脳炎第1期 | | 1回・2回・追加 | |
| 日本脳炎第2期 | | | |
| ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん） | 9価 | 1回・2回・3回 | |
| その他（ ） | | | |
| その他（ ） | | | |
| 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 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施医療機関名 _____ 医師氏名 _____ |
|--|