

予防接種済証（鹿児島市）

※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
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	
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	
日本脳炎第1期	1回・2回・追加	
日本脳炎第2期		
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	
HPV（子宮頸がん）	1回・2回・3回	
水痘	1回・2回	
B型肝炎	1回・2回・3回	
ロタウイルス	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 _____