

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	13価	1回・2回・3回・追加	
	15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	
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	
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			
ヒトパピローマウィルス感染症（子宮頸がん予防）	2価	1回・2回・3回	
	4価	1回・2回・3回	
	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 _____
--