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
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	
ＢＣＧ（結核）			
ヒブ		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	
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	
２種混合（ジフテリア・破傷風）			
日本脳炎第１期		１回・２回・追加	
日本脳炎第２期			
ＨＰＶ（子宮頸がん）	２価	１回・２回・３回	
	４価	１回・２回・３回	
	９価	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価	１回・２回	
	５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