予防接種の記録（２）

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio						
時　期		ﾜｸﾁﾝの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	ﾒｰｶｰ又は製剤名／ﾛｯﾄ Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備　考 Remarks
第１期初回	１回					
	２回					
	３回					
第１期追加						

ＢＣＧ			
接　種 年月日 Y/M/D (年齢)	ﾒｰｶｰ又は製剤名／ ﾛｯﾄ Manufacturer or Brand name/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備　考 Remarks

ﾜｸﾁﾝの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D (年齢)	ﾒｰｶｰ又は製剤名／ﾛｯﾄ Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備　考 Remarks
麻しん ・ 風しん	第１期				
	第２期				

ﾜｸﾁﾝの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D (年齢)	ﾒｰｶｰ又は製剤名／ﾛｯﾄ Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備　考 Remarks
水痘 Varicella	１回				
	２回				

予防接種