

予防接種記録用紙

※日付の記入はすべて0000/0/0と入力願います。

申込日	
漢字氏名	
ローマ字	
生年月日	
性別	male/female

東京医科大学病院渡航者医療センター

ワクチンリスト

(接種されたワクチンと接種日を西暦でご記入ください)

ワクチン種類	接種日 (西暦)					(既往歴)
	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	
BCG						
インフルエンザ菌 b 型 (Hib)						
肺炎球菌						
四種混合 (DPT-IPV) ジフテリア・百日ぜき・破傷風・ポリオ						
三種混合 (DPT) ジフテリア・百日咳・破傷風						
二種混合 (DT) ジフテリア・破傷風						
ポリオ						
MR	麻疹					
	風疹					
MMR	おたふくかぜ					
水痘						
日本脳炎						
B型肝炎						
A型肝炎						
ロタウイルス						
狂犬病						
インフルエンザ						
コロナ						