

予防接種 接種確認票



組

名 前

新たに接種した予防接種に、○をつけ、
日付を記入してお知らせください。



名称	日付	名称	日付
BCG		四種混合1 2 3追 五種混合1 2 3追	
ロタウイルス 1・2・3		ヒブ 1・2・3・追加	
B型肝炎 1・2・3		MR（麻疹風疹） 1・2	
流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）		インフルエンザ 1・2	
日本脳炎 1・2・追加		水痘 1・2	
小児肺炎球菌 1・2・3・追加		新型コロナ 回目	