

予防接種歴 [RECORDS OF VACCINATIONS]

発行日

(D/M/Y)

お名前

生年月日

性別

NAME

DATE OF BIRTH

SEX

(D/M/Y)

ワクチン (Vaccine)	接種日 (Date) (D/M/Y)	ロット番号 (Lot.No.)	接種者 (Vaccinator)	備考 (Coment)
破傷風 Tetanus				
Tetanus	1			
Tetanus	2			
Tetanus	booster			
A型肝炎 Hepatitis A				
Aimmugen	1			
Aimmugen	2			
Aimmugen	booster			
B型肝炎 Hepatitis B				
Heptavax- II	1			
Heptavax- II	2			
Heptavax- II	booster			
日本脳炎 Japanese Encephalitis				
Jebic V	1			
Jebic V	2			
Jebic V	booster			
狂犬病 Rabies				
Rabies(Japan)	1			
Rabies(Japan)	2			
Rabies(Japan)	booster			
その他 Others				
ポリオ Inactivated Polio Imovax Polio	1			
	2			
腸チフス Typhoid fever Typhim Vi				
髄膜炎菌 Meningococcal Menactra				
インフルエンザ Influenza				
MR(Measles, Rubella) Mearubik				
おたふく Mumps				
水痘 Varicella				
子宮頸がん (Gardasil)	1			
	2			
	3			

だいでうクリニック 予防接種センター
〒457-8511 名古屋市南区白水町8番地
TEL:052-611-8650 FAX:052-611-8651

VACCINATION CENTER, DAIDO CLINIC
8 HAKUSUI-CHO, MINAMI-KU, NAGOYA, 457-8511, JAPAN
TEL:+81-52-611-8650 FAX:+81-52-611-8651

Physician's Signature: _____