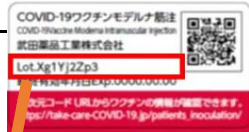


予防接種 種類	接種年月日(西暦)	接種回数	ロット番号/ メーカー名	接種者署名(医療機関名)
麻疹	2025年12月8日	2 回目	〇〇〇〇	△△△△△クリニック 〇〇 〇〇 印
	年 月 日	回目		
風疹	2025年12月8日	2 回目	〇〇〇〇	△△△△△クリニック 〇〇 〇〇 印
	年 月 日	回目	【ファイザー社のワクチンシール】(例) 	
水痘	年 月 日	回目	【武田/モデルナ社のワクチンシール】(例) 	
	年 月 日	回目		
流行性 耳下腺炎	2026年 2月 5日	1 回目	□□□□	〇〇〇〇〇〇〇〇医院 △△△ △△ 印
	年 月 日	回目		
B型肝炎	2026年 1月 18日	1 回目	XXXX	〇〇〇〇〇〇〇〇医院 △△△ △△ 印
	2026年 2月 20日	2 回目	XXXXXXXX	〇〇〇〇〇〇〇〇医院 △△△ △△ 印
	年 月 日	回目		
B型肝炎 抗体検査	年 月 日	測定値(数値を記入して下さい)		
	検査方法(○をつけて下さい) ・EIA法 ・CLIA法 ・RIA法 ・CLEIA法	※判定基準 10mIU/ml以上		