

氏名 []	生年月日 [西暦 年 月 日]
ローマ字 [] (パスポートと同じ表記で)	メールアドレス @

渡航目的	出張、出張に同伴、留学、旅行、移住、その他	期間 ()	週間、ヶ月、年
渡航先	()	出発時期	()
当院を知ったきっかけ	インターネット検索 (厚労省Forth, 渡航医学会, 当院HP, その他)		
	検疫からの紹介、会社の紹介、当院メルマガ、その他 ()		

予防接種歴一覧表

《RECORD OF VACCINATIONS》

☆西暦で記入してください

予防接種名	①	②	備考
ツベルクリン	年 月 日	年 月 日	
BCG	年 月 日	年 月 日	

ワクチン (同時接種で左欄と同日の場合は←で示してください)

	【 DPT三混 ・ DPT-IPV四混 】 【 五混(四混+Hib) ・ 六混(五混+B肝) 】	Hib (Hib)	肺炎球菌 (プレベナー)	ロタウイルス 【ロタリックス2回】 【ロタテック3回】
①	三混・四混 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
②	三混・四混 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
③	三混・四混 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
④	三混・四混 年 月 日	年 月 日	年 月 日	
⑤	DT2種混合 年 月 日			
⑥	DPT3混 年 月 日			

予防接種名	回数	接種日	かかった日	備考・抗体検査結果
ポリオワクチン(単独) OPV (経口生ポリオ) IPV (不活化ポリオ)	①	年 月 日		OPV ・ IPV
	②	年 月 日		OPV ・ IPV
	③	年 月 日		OPV ・ IPV
	④	年 月 日		OPV ・ IPV
麻疹 (はしか、マシ)		年 月 日	年 月 頃	
風疹 (三日ばしか)		年 月 日	年 月 頃	
MR二種混合 [1歳児] (麻疹・風疹)[年長園児]	①	年 月 日		
	②	年 月 日		
[中学1年][高校3年]	③/④	年 月 日		
おたふくかぜ (ムンプス)	①	年 月 日	年 月 頃	
	②	年 月 日		
水痘 (みずぼうそう)	①	年 月 日	年 月 頃	
	②	年 月 日		
日本脳炎	I期 ①	年 月 日		
	②	年 月 日		
	追加③	年 月 日		
	II期 ④	年 月 日		
その他		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

ワクチン (同時接種で左欄と同日の場合は←で示してください)

	B型肝炎	A型肝炎 (国内・輸入)	破傷風 / DTP / DT	髄膜炎菌
①	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
②	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
③	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	子宮頸癌【サーバリックス・ガーダシル】	ダニ脳炎	狂犬病	腸チフス
①	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
②	年 月 日	年 月 日	年 月 日	黄熱
③	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日