

予防接種記録カード

Vaccination Record

氏名:

Family Name

Given Name

Name:

MM

DD

YYYY

生年月日 (Date of Birth):

/

/

性別 (Sex): 男 (Male) ・ 女 (Female)

グラクソ・スミスクライン株式会社

A型肝炎 (Hepatitis A)

接種回数 No. of Immunization	接種日 Date of Immunization (MM/DD/YYYY)	製品名とロット番号 Product Name and Lot No.	接種医療機関、接種医師名 Medical Institution, Signature
1回目 1 st			
2回目 2 nd			
3回目 3 rd			

B型肝炎 (Hepatitis B)

接種回数 No. of Immunization	接種日 Date of Immunization (MM/DD/YYYY)	製品名とロット番号 Product Name and Lot No.	接種医療機関、接種医師名 Medical Institution, Signature
1回目 1 st			
2回目 2 nd			
3回目 3 rd			

狂犬病 曝露前 (Rabies Pre-exposure)

接種回数 No. of Immunization	接種日 Date of Immunization (MM/DD/YYYY)	製品名とロット番号 Product Name and Lot No.	接種医療機関、接種医師名 Medical Institution, Signature
1回目 1 st			
2回目 2 nd			
3回目 3 rd			

狂犬病 曝露後 (Rabies Post-exposure)

接種回数 No. of Immunization	接種日 Date of Immunization (MM/DD/YYYY)	製品名とロット番号 Product Name and Lot No.	接種医療機関、接種医師名 Medical Institution, Signature
1回目 1 st			
2回目 2 nd			
3回目 3 rd			
4回目 4 th			
5回目 5 th			
6回目 6 th			

日本脳炎 (Japanese Encephalitis)

接種回数 No. of Immunization	接種日 Date of Immunization (MM/DD/YYYY)	製品名とロット番号 Product Name and Lot No.	接種医療機関、接種医師名 Medical Institution, Signature
1回目 1 st			
2回目 2 nd			
3回目 3 rd			

破傷風 (Tetanus)

1回目 1 st			
2回目 2 nd			
3回目 3 rd			

ワクチン名
Vaccination

接種日
Date of Immunization
(MM/DD/YYYY)

製品名とロット番号
Product Name and Lot No.

接種医療機関、接種医師名
Medical Institution, Signature

最新の海外感染症情報や予防接種に関する情報はこちらからご確認ください。
厚生労働省検査所 FORTH <https://www.forth.go.jp/>

