

(医療機関名)

予防接種や抗体検査について、詳しくは医師にご相談ください。

		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
検査方法	検査日	医療機関名	結果

抗体検査の記録 検査伝票に記載されている通りに正確に転記するようにしましょう。

予防接種記録カード

- 予防接種を受けた場合は、ワクチンの種類、接種年月日、接種医療機関名を記録しましょう。
- 抗体検査を受けた場合は、検査方法、検査年月日、医療機関名、検査結果を記録しましょう。

住所：

氏名：

生年月日： 年 月 日

接種したワクチン【 】

接種日	接種医療機関名	備考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

接種したワクチン【 】

接種日	接種医療機関名	備考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

接種したワクチン【 】

接種日	接種医療機関名	備考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

接種したワクチン【 】

接種日	接種医療機関名	備考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		