（様式２３）

栃木市個別予防接種済証

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 栃木市　　　　　　町 |
| 氏　　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 平成・令和　　　年　　　　月　　　　日生　（ 満　　　才　　　か月 ） |

１．予防接種の種類　（ 該当するものを○で囲んでください ）

１．　麻しん風しん混合　　（ １期　・　２期　・　３期　・　４期 ）

２．　麻しん　　　　　　　　　　　３．風しん

４．　四種混合（ １期初回１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ １期追加 ）

５．　三種混合（ １期初回１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ １期追加 ）

６．　日本脳炎（ １期初回１回目　・　２回目　・　１期追加　・　２期 ）

７．　二種混合

８．　急性灰白髄炎（ポリオ）（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ ４回目 ）

９．　ＢＣＧ

１０．ヒブ　　（ １回目　・　２回目　・　３回目　・　追加 ）

１１．小児用肺炎球菌　　（ １回目　・　２回目　・　３回目　・　追加 ）

１２．子宮頸がん予防　　（ １回目　・　２回目　・　３回目 ）

１３．水痘　　（ １回目　・　２回目 ）

１４．Ｂ型肝炎（ １回目　・　２回目　・　３回目 ）

１５．ロタウイルス（１回目　・　２回目　・　３回目 ）

１６．五種混合（ １期初回１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ １期追加 ）

２．予防接種を行った年月日

　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

３．使用ワクチン

　　　メーカー名

　　　ロットＮｏ．

　　　用　　量　　　　　　　　　　　　　　 ml

　　上記のとおり実施したことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　栃木県　栃木市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印省略）

　　　令和　　　　年　　　月　　　日

実施医療機関所在地

実 施 医 療 機 関 名

実　施　医　師　名