

Immunization Information 予防接種情報

Health card number: _____

Name: _____
患者名

Gender: Male Female

Date of birth: _____
生年月日 Year/Month/Day

TYPE OF VACCINE ワクチン	INPUT THE DATE OF VACCINATION ワクチンを接種した日付を入力してください。						
	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY
HEPATITIS A A型肝炎	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B B型肝炎	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
RUBELLA Fushin (風疹)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MEASLES Hashika (麻疹 or はしか)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
TETANUS Hashofu (破傷風)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PERTUSSIS Hyakaseki (百日咳)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DIPHTHERIA Jifuteria (ジフテリア)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MUMPS Otafukukuaze (流行性耳下腺炎 or おたふくかぜ)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
POLIO Sh naimahi (ポリオ)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTAP 三種混合	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA 水痘 or みずぼうそう	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PNEUMOCOCCAL 肺炎球菌	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB インフルエンザ菌	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
JAPANESE ENCEPHALITIS 日本脳炎	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INFLUENZA インフルエンザ	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PPD ツベルクリン	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
BOOSTER 追加接種	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /