

自治体によりますが、お住まいの区役所や保健所で作成してくれるところもありますし、かかりつけの病院でも作成できますので、お問合せください。
 フォーマットは自由です。ワクチン名と接種日(日/月/西暦)がわかれば、Lotナンバーはなくても大丈夫です。
 インフルエンザのような任意でうつワクチンは記載不要です。
 保護者の方が作成しても大丈夫ですが、病院スタンプと医師の署名をもらってください。

CERTIFICATE OF PREVIOUS IMMUNIZATION AND RECORDS OF DISEASES

Name: _____ Date of birth: _____ Sex: _____ Date: _____


1) Records of Immunization

Type of Immunization	Lot No.	Date of Vaccination
BCG	KH069	27 Mar. 2006
DTaP ¹⁾ 1st	32B	26 May. 2006
DTaP 2nd	33A	30 Jun. 2006
DTaP 3rd	33B	19 Aug. 2006
DTaP 4th	AM003B	29 Sep. 2007
DTaP 5th	3E19A	15 Oct. 2013
TOPV ²⁾ 1st	46	6 Sep. 2006
TOPV 2nd	47	12 May. 2007
IPV	J0176	15 Oct. 2013
MR ³⁾ 1st	MR009	25 Nov. 2006
MR 2nd	MR155	26 Jul. 2011
Japanese encephalitis 1st	JR014	29 Aug. 2009
Japanese encephalitis 2nd	JR014	29 Sep. 2009
Japanese encephalitis booster	JR063	8 Apr. 2011
Varicella 1st	VZ052	19 Dec 2008
Varicella 2nd	--	--
Mumps 1st	LA010	25 Sep. 2008
Mumps 2nd	LF015A	15 Oct. 2013
Hepatitis A 1st	--	--
Hepatitis A 2nd	--	--
Hepatitis A booster	--	--
Hepatitis B 1st	--	--
Hepatitis B 2nd	--	--
Hepatitis B booster	--	--

¹⁾DTaP: Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis, ²⁾TOPV: Trivalent oral polio vaccine, ³⁾MR: Measles, Rubella

2) Records of Past History and Results of Antibody Titer

Name of Disease	Date of Infection	Serum Antibody Titer (Method, Titer, Date)
Varicella	Apr. 2010	



 _____ Hospital
 _____, Japan
 Tel : +81-53-_____ Fax : +81-_____
 e-mail: _____