

## CERTIFICATE IMMUNIZATION

Name : \_\_\_\_\_ Date of birth(Y/M/D) : \_\_\_\_\_ Sex : \_\_\_\_\_

VACCINE	Date(1st) (Y/M/D)	Date(2nd) (Y/M/D)	Date(3rd) (Y/M/D)	Date(4th) (Y/M/D)	Date(5th) (Y/M/D)
BCG					
Polio ポリオ					
DPT* 三種混合					
DT** 二種混合					
Measles 麻疹					
Rubella 風疹					
MMR***					
MR****					
Mumps 流行性耳下腺炎					
Varicella Chickenpox 水痘(水ぼうそう)					
Japanese encephalitis 日本脳炎					
Hepatitis B B型肝炎					
Hib インフルエンザ b 菌					
other ( )					
other ( )					

\* D P T ... Diphteria ジフテリア ・ Pertussis 百日咳 ・ Tetanus 破傷風

\*\* D T ... Diphteria ジフテリア ・ Tetanus 破傷風

\*\*\* MMR ... Mumps 耳下腺炎 (おたふくかぜ) ・ Measles 麻疹 ・ Rubella 風疹

\*\*\*\* MR ... Measles 麻疹 ・ Rubella 風疹

Date(Y/M/D) : \_\_\_\_\_

Physician's Signature:

Physician's Name in Print:

Office/Institution:

Address: