



医療機関、医師印

# B 型肝炎ワクチン(ヘプタバックス-II)

## 接種記録カード

(次回接種日をお忘れなく。)

氏名

殿 (男・女)

年 月 日生 歳

## 接種記録

1回目	年 月 日 予定	年 月 日 実施
2回目	年 月 日 予定	年 月 日 実施
3回目	年 月 日 予定	年 月 日 実施
	年 月 日 予定	年 月 日 実施
	年 月 日 予定	年 月 日 実施

## 検査成績

測定年月日	抗 HBs 抗体判定
年 月 日	— +
年 月 日	— +
年 月 日	— +
年 月 日	— +