

## ワクチン接種記録

ワクチンを接種した年月日を

### 肺炎球菌ワクチン\*

\*23価肺炎球菌ワクチン

年 月 日	医療機関名
. .	

肺炎球菌ワクチンについて  
今回、または最後に接種した年月日をご記入ください。

前回から約5年以上経ったら  
再接種について医師にご相談ください。

年 月 日	医療機関名
. .	

### インフルエンザワク

年 月 日	
. .	
. .	
. .	
. .	
. .	
. .	
. .	
. .	

