

お名前:

様

お薬手帳用ワクチン接種記録表

接種日	ワクチンの名前 メーカー/ロット番号	医療機関 接種者	備考 (副反応の有無・ 次回接種日など)
年 月 日			

お薬手帳に貼ってご活用下さい。
更に表ご希望の方は右記サイトへ→



監修: 日本渡航医学会薬剤師部会