

西東京市子宮頸がんワクチン予防接種（キャッチアップ接種）のための接種歴確認シート

予診票にホチキス止めし、医療機関から市に提出

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日

住所 西東京市 町 丁目 番 号

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

質問事項	回答欄	
今回の子宮頸がんワクチン予防接種は何回目ですか。	1回目 / 2回目 / 3回目	
これまでに接種したワクチンの種類と接種日を記入してください（2回目以降の場合）	1回目	年 月 日
		サーバリックス（2価）/ガーダシル（4価）/シルガード9（9価）
	2回目	年 月 日
		サーバリックス（2価）/ガーダシル（4価）/シルガード9（9価）

西東京市子宮頸がんワクチン予防接種（キャッチアップ接種）のための接種歴確認シート

予診票にホチキス止めし、医療機関から市に提出

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日

住所 西東京市 町 丁目 番 号

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

質問事項	回答欄	
今回の子宮頸がんワクチン予防接種は何回目ですか。	1回目 / 2回目 / 3回目	
これまでに接種したワクチンの種類と接種日を記入してください（2回目以降の場合）	1回目	年 月 日
		サーバリックス（2価）/ガーダシル（4価）/シルガード9（9価）
	2回目	年 月 日
		サーバリックス（2価）/ガーダシル（4価）/シルガード9（9価）