

フリガナ		生年月日	(西暦)	歳
氏名		電話番号	(日中つながるもの)	
住所	〒 大阪府池田市			

▼ 前回の接種記録

日時	ワクチンの種類	接種場所

▼ 医療機関の情報

通院先・入院先	
---------	--

▼ ワクチン接種 **前** の健康状態 (持病・病歴・服薬など)

時期	内容

▼ ワクチン接種 **後** の健康状態

時期	内容

記入欄が足りない場合は、
裏面などでもご利用ください。

市 記 入 欄	対応日時	対応者	宛名番号	接種券番号