

予防接種記録調査票

入学後提出

＜この書類は、入学後の健康診断の際に提出していただくものです。別紙「予防接種に関する入学前準備の方法」に記載する説明をご覧くださいの上、作成し、入学後の健康診断の際に忘れずにお持ちください。＞

(○で囲んでください)		(ふりがな) 必須	学籍番号 必須
学科名	看護 ・ 理学療法 ・ 社会福祉 ・ 栄養	氏名	

予防接種記録

＜太枠の中の項目についてのみ、母子手帳から転記してください。＞ MR・・・麻疹と風疹の混合のことです。

項目	予防接種日	予防接種の種類	過去に感染	※抗体価値	※入学後の対応		※入学後の 予防接種日(西暦)	※完了状況
					16.0以上,2回の接種 2.0～15.9 2.0未満	対応不要 予防接種1回 予防接種2回		
麻疹 (はしか)	1回目 <small>西暦</small> 年 月 日	麻疹 ・ MR	あり・なし				1回目 年 月 日	
	2回目 <small>西暦</small> 年 月 日	麻疹 ・ MR					2回目 年 月 日	
風疹	1回目 <small>西暦</small> 年 月 日	風疹 ・ MR	あり・なし				1回目 年 月 日	
	2回目 <small>西暦</small> 年 月 日	風疹 ・ MR					2回目 年 月 日	
水痘	1回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/	あり・なし				1回目 年 月 日	
	2回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/					2回目 年 月 日	
流行性 耳下腺炎 (ムンプス おたふくかぜ)	1回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/	あり・なし				1回目 年 月 日	
	2回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/					2回目 年 月 日	
B型肝炎	1回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/	あり ・ なし	陰性 陽性			対応不要 予防接種1回	4回目 年 月 日
	2回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/						
	3回目 <small>西暦</small> 年 月 日	/						

＜母子手帳予防接種記録コピー貼付欄＞

麻疹・風疹・MR・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎について記載されているページをコピーして貼ってください。過去に感染したことがある場合は、そのことに関するページもコピーして貼ってください。重ねて貼ってもかまいません。その記載箇所にはマーカーで見やすいように色を付けてください。母子手帳の記録がなく予防接種を受けた場合は、可能な限り予防接種費用領収書や医療機関からの証明書等を貼ってください。3月20日以降は、接種をしないようご注意ください。