

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。＞

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

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
麻疹 (はしか)	1回目	西暦 年 月 日	麻疹 ・ MR	あり・なし		16,0以上,2回の接種	対応不要	1回目 年 月 日	
	2回目	西暦 年 月 日	麻疹 ・ MR			2,0～15,9 2,0未満	予防接種1回 予防接種2回	2回目 年 月 日	
風疹	1回目	西暦 年 月 日	風疹 ・ MR	あり・なし		8,0以上,2回の接種	対応不要	1回目 年 月 日	
	2回目	西暦 年 月 日	風疹 ・ MR			2,0～7, 9 2,0未満	予防接種1回 予防接種2回	2回目 年 月 日	
水痘	1回目	西暦 年 月 日		あり・なし		4,0以上,2回の接種	対応不要	1回目 年 月 日	
	2回目	西暦 年 月 日				2,0～3,9 2,0未満	予防接種1回 予防接種2回	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	西暦 年 月 日		あり・なし		4,0以上,2回の接種	対応不要	1回目 年 月 日	
	2回目	西暦 年 月 日				2,0～3,9 2,0未満	予防接種1回 予防接種2回	2回目 年 月 日	
B型肝炎	1回目	西暦 年 月 日	* どちらかを○で囲んでください。 B型肝炎ワクチンの接種歴は、 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	西暦 年 月 日							
	3回目	西暦 年 月 日							

＜母子手帳予防接種記録コピー貼付欄＞

上記項目が記載されている箇所のみをコピーして貼ってください。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18日以降は、上記項目の接種をしないようご注意ください。