

感染症調査票

※母子健康手帳を見ながら記入してください。

学 部 学 科		学籍番号		氏 名	
------------	--	------	--	-----	--

疾患名	予防接種歴			罹患歴		備考
	接種年月日（年齢）			罹患の有無	かかった年（年齢）	
麻疹 （はしか） <i>Measles</i>	1回目	西暦	年 月 日（ 歳）	無し 有り 不明	西暦	年（ 歳）
	2回目	西暦	年 月 日（ 歳）			
風疹 <i>Rubella</i>	1回目	西暦	年 月 日（ 歳）	無し 有り 不明	西暦	年（ 歳）
	2回目	西暦	年 月 日（ 歳）			
水痘 （水ぼうそう） <i>Chickenpox</i>	1回目	西暦	年 月 日（ 歳）	無し 有り 不明	西暦	年（ 歳）
	2回目	西暦	年 月 日（ 歳）			
流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ） <i>Mumps</i>	1回目	西暦	年 月 日（ 歳）	無し 有り 不明	西暦	年（ 歳）
	2回目	西暦	年 月 日（ 歳）			

添付する書類

・母子健康手帳等写し

※「氏名」「ワクチン名」「実施年月日」「Lot.No」「実施場所」がわかるように写すこと

記載いただいた内容は個人情報に留意し健康状態の把握にのみ使用します。