感染症に関する調査票

＜記入例＞

※母子健康手帳を見ながら記入してください。

※必ず<u>母子健康手帳のコピー</u>または**<u>接種証明書のコピー（接種した証明になるもの）等</u>**を**<u>裏面に貼付</u>**してください。

学籍番号							氏　名	

☐　経済学部
☐　国際学部
☐　教育学部

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）** ***Measles***	1回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	☐なし ☐あり ☐不明	西暦　　年（　　歳）	
	2回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）			
風疹 ***Rubella***	1回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	☐なし ☐あり ☐不明	西暦　　年（　　歳）	
	2回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）			
水痘 **（水ぼうそう）** ***Chickenpox***	1回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	☐なし ☐あり ☐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）** ***Mumps***	1回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	☐なし ☐あり ☐不明	西暦　　年（　　歳）	
	2回目	西暦　　年　　月　　日（　　歳）			

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。

母子健康手帳等コピー貼付欄

※接種証明書（接種したことが証明できるもの）等のコピーでも可。

※**「ワクチン名」「実施年月日」「Lot.No」「実施場所」**がわかるようにコピーしてください。

※コピーしたものには必ず**氏名を記載**してください。（紛失防止のため）

※はがれないようにしっかりと糊付けしてください。