

予防接種履歴調査票

学生番号		学科	
氏名		生年月日	年 月 日 歳

- 母子手帳の記録等を確認しながら記載してください
- 「MRワクチン」は「麻しん・風しん混合」なので、接種年月を「麻しん」「風しん」それぞれの欄に記載してください

感染症	罹患歴	予防接種
麻しん	<input type="checkbox"/> あり ()歳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月)、2回目(年 月) <input type="checkbox"/> 接種したことがない <input type="checkbox"/> 抗体検査歴あり(年：結果)
風しん	<input type="checkbox"/> あり ()歳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月)、2回目(年 月) <input type="checkbox"/> 接種したことがない <input type="checkbox"/> 抗体検査歴あり(年：結果)
水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> あり ()歳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月)、2回目(年 月) <input type="checkbox"/> 接種したことがない <input type="checkbox"/> 抗体検査歴あり(年：結果)
流行性 耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> あり ()歳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月) <input type="checkbox"/> 接種したことがない
結核	<input type="checkbox"/> あり ()歳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 予防内服経験あり	BCG接種 <input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月) <input type="checkbox"/> 接種したことがない
		ツベルクリン反応検査 <input type="checkbox"/> 実施したことがない <input type="checkbox"/> 実施済(年：結果 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)
何らかの理由で予防接種ができない場合は、その理由をご記載ください (例) アレルギー		

■ 教職課程、学芸員課程の履修予定 (迷っている場合は「あり」を選択)

- あり → 別紙注意事項を参照の上、「予防接種等確認書類」を提出してください。
※文部科学省、厚生労働省、国立感染症研究所の指導により、母子手帳等の確実な情報に基づき判断します
 何らかの理由で予防接種ができない学生は、教務チームへ相談してください。
- 提出された「予防接種等確認書類」は、大学より実習先へ提出する場合があります。
- 同意する
 同意しない：本票を保健室に提出後、教務チーム(1号館2階)に相談してください
- なし