

全員提出

【提出先】 所属キャンパス保健室
【提出期間】 入学式～4/18(金)16:30

入学式後に配布される学生
番号を記載してください。

予防接種履歴調査票

学生番号	
氏名	感染症にかかったことがあるかないか、 ある場合はかかった年齢を記載してください。 記録がなくかかったことがあるかどうかわからない場合は不明にチェックしてください。

●母子手帳の記録等を確認しながら記載してください

感染症	罹患歴	予防接種
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> あり () 歳 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input checked="" type="checkbox"/> 済 1回目(20xx年○月)、2回目(20xx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
風疹 (3日はしか)	<input type="checkbox"/> あり () 歳 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input checked="" type="checkbox"/> 済 1回目(20xx年○月)、2回目(20xx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 checked="" type="checkbox"/> あり (2) 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 checked="" type="checkbox"/> 接種したことがない <input checked="" type="checkbox"/> 抗体検査歴あり(2025 年：結果 16.1
流行性 耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり (7) 歳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月) <input checked="" type="checkbox"/> 接種したことがない
結核	<input type="checkbox"/> あり () 歳 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 予防内服経験あり	BCG接種 <input checked="" type="checkbox"/> 済 1回目(20xx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 checked="" 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)

「MRワクチン」は
「麻疹・風疹混
合」なので、接種年
月を「麻疹」「風
疹」それぞれの欄
に記載してください。

抗体検査をした場合は、数
値を記載してください。

西暦で記載してください。

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

詳細：学生生活支援について（新入生の方へ）より
"保健室への提出書類について"を確認し、
必ず確認書類を提出してください。
確認書類は貼付票に糊付けし提出してください。

■ 教職課程、学芸員課程の履修予定(迷っている場合)

- 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

【問合せ先】武蔵野美術大学 保健室 鷹の台キャンパス TEL 042-342-6029
市ヶ谷キャンパス TEL 03-5225-6220

教職課程・学芸員課程の履修予
定の有無に✓を付けてください。

母子手帳の見方が分からない場合などは、
母子手帳もしくは写真やコピーをご持参していただければ、
一緒に確認を行います。

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	<u>BCG接種</u> <input type="checkbox"/> 済 1回目(年 月) <input type="checkbox"/> 接種したことがない
		<u>ツベルクリン反応検査</u> <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