

感染症調査票

右記の二次元コードより記入例や書き方を確認し、母子健康手帳を見ながら記入してください。
必ず母子健康手帳のコピーまたは接種証明書のコピー（接種した証明になるもの）等を裏面に貼付してください。

< 記入例 >



【提出期限】4月30日 【提出先】4号館1階（工事後はクラブハウス1階） 保健室

学 部				学籍番号				ふりがな			
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）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	西暦 年（ 歳）	
	2回目	西暦	年	月	日（ 歳）			

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。