敬愛大学 保健室

感染症調査票

<記入例>

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（接種したことが証明できるもの）等のコピーを裏面に貼付してください。
【提出期限】4月30日 【提出先】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） *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）				

記入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。