

感染症罹患歴・予防接種歴に関する調査

○必ず、母子健康手帳や予防接種実施済証等で確認し、正確に転記してください。

○該当するものに○を付け、西暦年月日及び必要事項の記入をお願いします。

OMRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）を接種している場合は、麻しん、風しんそれぞれの欄へ、同じ西暦年月日を記入してください。

麻しん (はしか)	① 罹患歴 かかったことがありますか	<input checked="" type="radio"/> 無	・	<input type="radio"/> 有	() 歳	・	<input type="radio"/> 不明
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	2007年	6月	7日	・ <input type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
		2回目受けた	西暦	2012年	8月	31日	・ <input type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	年	月	日	測定値 () 例: 16.0 (+)	
風しん (三日はしか)	① 罹患歴 かかったことがありますか	<input checked="" type="radio"/> 無	・	<input type="radio"/> 有	() 歳	・	<input type="radio"/> 不明
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	2007年	6月	7日	・ <input type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
		2回目受けた	西暦	2012年	8月	31日	・ <input type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	年	月	日	測定値 () 例: 16.0 (+)	
水痘 (みずぼうそう)	① 罹患歴 かかったことがありますか	<input checked="" type="radio"/> 無	・	<input type="radio"/> 有	() 歳	・	<input type="radio"/> 不明
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	2007年	9月	17日	・ <input type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
		2回目受けた	西暦	年	月	日	・ <input checked="" type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	2021年	3月	15日	測定値 (8.0(+)) 例: 16.0 (+)	
流行性 耳下腺炎 (おたふくかぜ)	① 罹患歴 かかったことがありますか	<input type="radio"/> 無	・	<input checked="" type="radio"/> 有	(10) 歳	・	<input type="radio"/> 不明
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	年	月	日	・ <input checked="" type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
		2回目受けた	西暦	年	月	日	・ <input checked="" type="radio"/> 受けてない ・ <input type="radio"/> 不明
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	2021年	3月	15日	測定値 (8.0(+)) 例: 16.0 (+)	

《 備考欄 》

上記記載内容に追加があれば、こちらにご記入ください。

また、何らかの理由で予防接種が出来ない場合は、こちらにその旨をご記入ください。(例 アレルギーのため)