

記入例

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。

○MR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	☒ 無 ・ 有 () 歳 ・ 不明					
	② 予防接種歴	1回目受けた 西暦 2008年 6月 7日 ・ 受けてない ・ 不明 2回目受けた 西暦 2013年 8月 31日 ・ 受けてない ・ 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	☒ 無 ・ 有 () 歳 ・ 不明					
	② 予防接種歴	1回目受けた 西暦 2008年 6月 7日 ・ 受けてない ・ 不明 2回目受けた 西暦 2013年 8月 31日 ・ 受けてない ・ 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	☒ 無 ・ 有 () 歳 ・ 不明					
	② 予防接種歴	1回目受けた 西暦 2008年 9月 17日 ・ 受けてない ・ 不明 2回目受けた 西暦 年 月 日 ・ 受けてない ・ 不明					
	③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	2022年	3月	15日	測定値 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	無 ・ ☒ 有 (10) 歳 ・ 不明					
	② 予防接種歴	1回目受けた 西暦 年 月 日 ・ 受けてない ・ 不明 2回目受けた 西暦 年 月 日 ・ 受けてない ・ 不明					
	③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	2022年	3月	15日	測定値 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)

この調査は、キャンパス内の免疫状態の把握、集団感染予防の対策等に活用させていただきます。

〈注1〉
接種年月日の「年」は和暦で表記されていることが多くあります。
→西暦に変更して記入してください。

〈注2〉
罹患歴については有無・わからない場合は不明に○をしてください。
予防接種を受けていない場合は、受けていないに○をしてください。

〈注3〉
MRワクチンとは、麻しん・風しん混合ワクチンです。
→麻疹、風疹それぞれの項目に、同一の接種西暦年月日を記入してください。

MRワクチン（麻しん風疹混合ワクチン） 1回目
接種年… 2008年6月7日

MRワクチン（麻しん風疹混合ワクチン） 2回目
接種年… 2013年8月31日

水痘ワクチン 1回目
接種年…2008年9月17日

抗体検査を受けた
検査日… 2022年3月15日 測定値8.0(+)

おたふくかぜ 罹患歴 有り 10歳

抗体検査を受けた
検査日… 2022年3月15日 測定値8.0(+)

母子健康手帳でワクチン接種歴等が
記載されたページ例予防接種の記録
Immunization Record

…「感染症罹患歴・予防
接種歴に関する調査」
の記入に必要な情報

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral polio Vaccine)				

麻しん (はしか) Measles ・ 風しん Rubella	第1回	2008年 6月 7日	MR ケンダイ MR123	県大クリニック	
	第2回	2013年 8月31日	MR ケンダイ MR156	県大クリニック	

その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
水痘 (みずぼうそう)	2008年9月17日	水痘 ケンダイ VZ789	県大クリニック	

今までにかかった主な病気
Record of Childhood Illnesses

病 名 Illnesses	年月日 Y/M/D	備 考 (症状・合併症など) Remarks
麻しん Measles		
水痘 Chickenpox		
おたふくかぜ Mumps	小学4年生	