

## 予防接種記録

すべての欄を楷書で記入してください。

学籍番号					
ふりがな					
氏名					
生年月日	西暦 年 月 日				
麻疹, ムンプス, 風疹, 水痘 MR (またはMMR) または 個別のワクチン接種の日付を記入					
	種類	接種日			
1	麻疹 (はしか) 2回接種 または抗体検査	1回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	2回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	または	抗体検査 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)
2	ムンプス(おたふくかぜ) 2回接種 または抗体検査	1回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	2回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	または	抗体検査 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)
3	風疹(三日はしか) 2回接種 または抗体検査	1回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	2回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	または	抗体検査 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)
4	水痘(水ぼうそう) 2回接種 または抗体検査 または罹患した日	1回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	2回目 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	または	抗体検査 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日) 罹患日 ____ / ____ / ____ (年) (月) (日)
髄膜炎菌ワクチン (接種している場合は型と年月日を正確に記入してください。 接種していない場合は空欄のままにしてください。)					
	ACWY	MenA	MenC	MenA+C	MenB
	____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	____ / ____ / ____ (年) (月) (日)	____ / ____ / ____ (年) (月) (日)