

予防接種及び抗体検査調査票

※

ふりがな		男・女	受験番号	
氏 名 生年月日	年 月 日生			
現 住 所			出身学校	

予 防 接 種 歴	接種ワクチン名	1 回目接種日	2 回目接種日	3 回目接種日	
	麻疹ワクチン	年 月 日/無/不明	年 月 日/無/不明	(年 月 日/無/不明)	
	風疹ワクチン	年 月 日/無/不明	年 月 日/無/不明	(年 月 日/無/不明)	
	MR混合ワクチン	年 月 日/無/不明	年 月 日/無/不明	(年 月 日/無/不明)	
	流行性耳下腺炎 ワクチン	年 月 日/無/不明	年 月 日/無/不明	(年 月 日/無/不明)	
	水痘ワクチン	年 月 日/無/不明	(年 月 日/無/不明)	(年 月 日/無/不明)	
	BCG	年 月 日/無/不明	(年 月 日/無/不明)	(年 月 日/無/不明)	
	B型肝炎ワクチン	年 月 日/無/不明	年 月 日/無/不明	年 月 日/無/不明	
抗 体 検 査 果	検査項目	検査日		検査法	抗体価
	麻疹	年 月 日 / 無 / 不明			
	風疹	年 月 日 / 無 / 不明			
	流行性耳下腺炎	年 月 日 / 無 / 不明			
	水痘	年 月 日 / 無 / 不明			
	B型肝炎(HBs-Ab)	年 月 日 / 無 / 不明			

記入年月日

年 月 日

《記入上の注意事項》

- この『予防接種及び抗体検査調査票』は、入学者自身が記入してください。
- 予防接種歴は、母子健康手帳等の予防接種記録を参考に接種したすべての接種日を記入してください。接種したことが無い場合は「無」に、不明な場合は「不明」に○をつけてください。
- 抗体検査結果は、過去に出身校や勤務先等で実施した検査結果を記入してください。複数回検査した場合は、最終の検査結果を記入し、検査したことが無い場合は「無」に、不明な場合は「不明」に○をつけてください。
- ※の欄は、記入しないでください。
- 不明な点は、金沢大学保健管理センター(Tel076-264-5255)にお問い合わせください。