

## 予防接種歴調査

記入日: 2021年 月 日

専攻: 看護・放射・検査 学年: 年

学籍番号: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

麻疹・風疹・ムンプス・水痘の予防接種歴を、母子健康手帳の予防接種欄などを確認して正確に記入してください。予防接種歴がある場合は、予防接種年月日が分かる用紙のコピーを証拠書類として4月2日（金）の学部別履修指導の際に提出してください。

接種年月日の記載がない接種記録は無効ですので、ご注意ください。

	予防接種歴 (1歳以降に接種した2回の接種年月日)			
麻疹 またはMRワクチン	①	年	月	日
	②	年	月	日
風疹(3日はしか) またはMRワクチン	①	年	月	日
	②	年	月	日
ムンプス (流行性耳下腺炎、おたふくかぜ)	①	年	月	日
	②	年	月	日
水痘(みずぼうそう)	①	年	月	日
	②	年	月	日

※MRワクチンとは、麻疹風疹混合ワクチンのことです。

結核・ポリオ・三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）・日本脳炎については、母子健康手帳を確認して、予防接種歴の有無をご記入ください（いずれかに○をつけてください）。

	予防接種歴の有無
結核（BCG）	有 ・ 無 ・ 不明
ポリオ	有 ・ 無 ・ 不明
三種混合(DPT) (ジフテリア、百日咳、破傷風)	有 ・ 無 ・ 不明
日本脳炎	有 ・ 無 ・ 不明

【問い合わせ先】 保健学事務室教務係

TEL : 06-6879-2623

E-mail : vaccine@sahs.med.osaka-u.ac.jp