

# 予防接種等の履歴書

学籍番号 : \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査項目と検査方法		入学時検査実施日	抗体価	判定結果 (本学の基準値に沿う)	予防接種歴
水痘ヘルペス抗体 EIA(IgG)法 水痘(みずぼうそう)		年 月 日		( - ・ 土 ・ + )	<input type="checkbox"/> 未実施または不明 <input type="checkbox"/> 1回目接種 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目接種 年 月 日
ムンプス抗体 EIA(IgG)法 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		年 月 日		( - ・ 土 ・ + )	<input type="checkbox"/> 未実施または不明 <input type="checkbox"/> 1回目接種 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目接種 年 月 日
風疹抗体 HI 法 風疹(三日ばしか)		年 月 日		( - ・ 土 ・ + )	<input type="checkbox"/> 未実施または不明 <input type="checkbox"/> 1回目接種 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目接種 年 月 日
麻疹抗体 EIA(IgG)法 麻疹(はしか)		年 月 日		( - ・ 土 ・ + )	<input type="checkbox"/> 未実施または不明 <input type="checkbox"/> 1回目接種 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目接種 年 月 日
B型 肝炎 ウイルス	HBs 抗原	年 月 日		( - ・ + )	<input type="checkbox"/> 未実施または不明 <input type="checkbox"/> 1シリーズ 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 追加接種 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
	HBs 抗体	年 月 日		( - ・ + )	
		(抗体価確認検査)	年 月 日		