

感染症調査票

右記のQRコードより記入例や書き方を確認し、母子健康手帳を見ながら記入してください。

必ず母子健康手帳のコピーまたは接種証明書のコピー（接種した証明になるもの）等を裏面に貼付してください。

【提出期限】4月30日 【提出先】クラブハウス棟1階 保健室

<記入例>



学 部		学籍番号		ふりがな	
			氏 名		

疾患名	予防接種歴			罹患歴		備考
	接種年月日（年齢）			罹患の有無	かかった年（年齢）	
麻疹 (はしか) <i>Measles</i>	1回目	西暦	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	西暦 年 (歳)	
	2回目	西暦	年 月 日 (歳)			
風疹 <i>Rubella</i>	1回目	西暦	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	西暦 年 (歳)	
	2回目	西暦	年 月 日 (歳)			
水痘 (水ぼうそう) <i>Chickenpox</i>	1回目	西暦	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	西暦 年 (歳)	
	2回目	西暦	年 月 日 (歳)			
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <i>Mumps</i>	1回目	西暦	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	西暦 年 (歳)	
	2回目	西暦	年 月 日 (歳)			