

## 「感染症の予防接種歴・罹患歴に関する調査票」\*

学部・大学院		学籍番号	セイ・メイ	
学科・専攻			姓・名	

麻しん（はしか） Measles	罹患歴	□なし                      □ある（西暦                      年）		麻しん抗体価**
麻しんワクチン	1回目	西暦	年    月    日	IgG (EIA) 法 PA 法 NT 法 ____法 (検査: 年 月 日)
	2回目	西暦	年    月    日	
風しん（三日はしか） Rubella	罹患歴	□なし                      □ある（西暦                      年）		風しん抗体価**
風しんワクチン	1回目	西暦	年    月    日	IgG (EIA) 法 HI 法 ____法 (検査: 年 月 日)
	2回目	西暦	年    月    日	
水痘（水ぼうそう） Chickenpox	罹患歴	□なし                      □ある（西暦                      年）		水痘抗(VZV)体価**
水痘（水ぼうそう）ワクチン	1回目	西暦	年    月    日	IgG (EIA) 法 IAHA 法 NT 法 ____法 (検査: 年 月 日)
	2回目	西暦	年    月    日	
おたふくかぜ（ムンプス） Mumps	罹患歴	□なし                      □ある（西暦                      年）		ムンプス抗体価**
おたふくかぜ（ムンプス）ワクチン	1回目	西暦	年    月    日	IgG (EIA) 法 ____法 (検査: 年 月 日)
	2回目	西暦	年    月    日	

(記入上の注意) MR ワクチン接種は「麻しんワクチン」と「風しんワクチン」の両方に同じ日付を記入してください。

\*: 母子健康手帳やワクチン接種歴(記録)等を確認しながら、分かる範囲で記載してください。

\*\* : 抗体価記載欄はこの調査のために新たに抗体検査をする必要はありません。既に抗体価がわかる方は記入してください。