

<u>受験番号</u>	<u>氏名</u>	<u>携帯電話番号(本人)※無い場合は保護者</u>

< 予防接種歴に関する調査票 >

※母子健康手帳を参考に記入し、母子健康手帳（これまでに受けた予防接種のすべてのページ）のコピーを裏面に貼付してください。

※他の入学手続書類に同封し提出してください。

※年号については、西暦か元号（平成）かどちらか記入する方に○をつけてください。

1. MR ワクチン (麻しん・風しん 混合ワクチン)	ワクチン	1 回目	西暦・平成	年	月	日
		2 回目	西暦・平成	年	月	日
2. 麻しん (はしか)	罹患歴	・あり（西暦・平成 年 歳時） ・なし ・不明				
	ワクチン	1 回目	西暦・平成	年	月	日
		2 回目	西暦・平成	年	月	日
3. 風しん	罹患歴	・あり（西暦・平成 年 歳時） ・なし ・不明				
	ワクチン	1 回目	西暦・平成	年	月	日
		2 回目	西暦・平成	年	月	日
4. 水痘 (水ぼうそう)	罹患歴	・あり（西暦・平成 年 歳時） ・なし ・不明				
	ワクチン	1 回目	西暦・平成	年	月	日
		2 回目	西暦・平成	年	月	日
5. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	罹患歴	・あり（西暦・平成 年 歳時） ・なし ・不明				
	ワクチン	1 回目	西暦・平成	年	月	日
		2 回目	西暦・平成	年	月	日

※裏面に母子健康手帳（これまでに受けた予防接種のすべてのページ）のコピーを貼付してください。