

予防接種歴に関する調査票

受験番号	氏名	携帯電話番号(入学予定者)

※母子健康手帳を参考に記入し、[母子健康手帳の「これまでに受けた予防接種のすべてのページ」のコピー](#)を当該調査票の裏面に貼付してください。

※本調査票は、[入学手続き類と一緒に提出してください。](#)

※年号については、西暦か元号のどちらかに○してください。

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 歳のとき) ・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 歳のとき) ・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 歳のとき) ・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 歳のとき) ・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