

(例) 麻疹風疹予防接種記録コピー (用紙はできればA4サイズで)

COL11223 文教花子

※健康診断受け付け時に提出 (1枚で収まらない場合は2枚でも可)

接種日が記載されていれば、
予防接種済証のコピーでもよい。

用紙右上に
学籍番号、氏名を記入
2枚になる場合は、
2枚とも記入のこと

麻疹・風疹2回分の
接種記録が必要
(MRでも可)

予防接種の記録
Immunization Record

ツベルクリン反応検査 TB Skin Test						BCG	
実施年月日 Y/M/D	注射部位	実施者印 Physician	反応 (mm)	判定 Result	判定者印 Physician	接種年月日 Y/M/D	接種者印 Physician
7.11.29 富士見市	右 中下	富士見市	陰性 7.12-1			7.12-1	富士見市
	左 上中下	富士見市					

百日せき・ジフテリア・破傷風混合(DPT) Diphtheria・Pertussis・Tetanus combined						
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者印 Physician	備考 Remarks	
第1回	8.7.29	HJ0710	0.5ml		恵愛病院	
1 2回	8.9.2	HJ072B	0.5ml		恵愛病院	
3回	8.10.1	HJ072D	0.5ml		恵愛病院	
第2期	9.10.3	HJ080C	0.5ml		恵愛病院	

○薬剤などのアレルギー記入欄

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者印 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)	8.1.24		8.4.10	
	LOT No. 25		LOT No. 35	
麻疹(はしか) Measles	8.6.17	M117-15	0.5ml	恵愛病院

その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者印 Physician	備考 Remarks
風疹	10.10.03	HJ072	0.5ml	恵愛病院
日脳	11.5.18	388	0.5ml	恵愛病院
日脳	11.6.01	389A	0.5ml	恵愛病院
日脳	12.8.21	日本脳炎 133-1	北研	まつさき小児科
日脳	17.5.25	日本脳炎 167S	S北研	まつさき小児科
DTピケン2E001	19.6.6		0.1ml	まつさき小児科
インフルエンザ	19.11.60	インフル 302-3	北研	まつさき小児科
インフルエンザ	19.11.28	303-3	北研	まつさき小児科
MRピケンMPO45	20.5.12		0.5ml	まつさき小児科
インフルエンザ	25.11.11			11

*MRワクチンとは、
麻疹風疹の混合ワクチン
のことです。