

## 予防接種記録調査票

## 【本人記入】

所属（該当する口にシ印）		フリガナ	生年月日	
<input type="checkbox"/> 青森中央経理専門学校 <input type="checkbox"/> 青森中央文化専門学校		氏名	男・女	S ・ H 年 月 日
【連絡先】 ※内容確認のため、健康管理室より連絡する場合がございます。		本人携帯 ( )	保証人連絡先 ( )	
予防接種歴 <母子健康手帳で確認した内容を記入してください>				
項目		ワクチン接種日		罹患歴
定期 予防 接種	麻疹ワクチン (はしか)	年 月 日	無・有 ( 年 月 罹患)	
	風疹ワクチン	年 月 日	無・有 ( 年 月 罹患)	
	MRワクチン	年 月 日	※ MRワクチンとは、麻疹と風疹の混合ワクチンです	
任意 予防 接種	水痘 ワクチン	1回目	年 月 日	無・有 ( 年 月 罹患)
		2回目	年 月 日	
	おたふくかぜ ワクチン	1回目	年 月 日	無・有 ( 年 月 罹患)
		2回目	年 月 日	

## 麻疹、風疹、MRワクチン 接種証明書のコピー添付欄(必須)

例：母子健康手帳のコピー等や接種済証明書のコピー等を添付してください。  
本用紙の裏面にも貼付可能です。