

入学予定者の皆様へ

2025 年度 感染症に関する調査票

学部	学科	※学籍番号		氏名	
----	----	-------	--	----	--

※学籍番号はガイダンスで交付する学生証に記載されています。

次の感染症について、母子健康手帳等で記録を確認し該当する箇所に☑を入れ、ワクチン接種歴がある場合は接種日を記入してください。

*MR ワクチンとは麻疹・風疹混合ワクチンですので、両方の欄に記入してください。

1.麻疹（はしか）			
ワクチン接種歴	☐ 1 回目（接種日：西暦 年 月 日）	<備考>	
	☐ 2 回目（接種日：西暦 年 月 日）		
	☐ 接種していない		
	☐ 記録（記憶）がなく、不明		
かかったことが	☐ ある（ ） 歳	☐ ない	☐ 不明
2.風しん（三日はしか）			
ワクチン接種歴	☐ 1 回目（接種日：西暦 年 月 日）	<備考>	
	☐ 2 回目（接種日：西暦 年 月 日）		
	☐ 接種していない		
	☐ 記録（記憶）がなく、不明		
かかったことが	☐ ある（ ） 歳	☐ ない	☐ 不明

●何らかの理由でワクチン接種を受けなかった場合はその理由を記入してください。

例：アレルギー

○調査票で提出されました情報は、学生の健康管理のために使用されます。これらの個人情報を適正に管理し、関係部署に提供することがありますが、その他の目的には使用いたしません。
以上、同意します。

西暦 年 月 日 学籍番号 氏名

※ご不明な点がございましたら保健室までお問い合わせください。

枚方キャンパス

TEL：072-866-3103