

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。
確認された内容の記録（母子手帳の写し等）をホッチキスでこの調査票の左上 1 カ所に留めてください。
*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。
*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<備考>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.風疹（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
3.流行性耳下腺炎（おたふくかぜ・ムンプス）			
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
4.水痘（みずぼうそう）			
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
5.B 型肝炎ワクチン			
接種したことが	☐ある	☐ない	<備考>
ワクチン接種歴	☐1 回目（接種日：西暦 年 月 日）		
	☐2 回目（接種日：西暦 年 月 日）		
	☐3 回目（接種日：西暦 年 月 日）		

○調査票で提出されました情報は、学生の健康管理および学外実習のために使用されます。
これらの個人情報適正に管理し、実習担当者や関係施設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 TEL:072-866-3103 までお問い合わせください。

摂南大学保健室枚方分室