

入学予定者の皆様へ

2023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	<input type="checkbox"/> 1回目（接種日：西暦 年 月 日）	<備考>		
	<input type="checkbox"/> 2回目（接種日：西暦 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 接種していない			
	<input type="checkbox"/> 記録（記憶）がなく、不明			
かかったことが	<input type="checkbox"/> ある（ ）歳	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明	
2.風疹（三日はしか）				
ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 1回目（接種日：西暦 年 月 日）	<備考>		
	<input type="checkbox"/> 2回目（接種日：西暦 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 接種していない			
	<input type="checkbox"/> 記録（記憶）がなく、不明			
かかったことが	<input type="checkbox"/> ある（ ）歳	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1回目（接種日：西暦 年 月 日）	<備考>		
	<input type="checkbox"/> 2回目（接種日：西暦 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 接種していない			
	<input type="checkbox"/> 記録（記憶）がなく、不明			
かかったことが	<input type="checkbox"/> ある（ ）歳	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明	
4.水痘（みずぼうそう）				
ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 1回目（接種日：西暦 年 月 日）	<備考>		
	<input type="checkbox"/> 2回目（接種日：西暦 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 接種していない			
	<input type="checkbox"/> 記録（記憶）がなく、不明			
かかったことが	<input type="checkbox"/> ある（ ）歳	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明	
5.B型肝炎ワクチン				
接種したことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<備考>	
ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 1回目（接種日：西暦 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 2回目（接種日：西暦 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 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。これらの個人情報をご正に管理し、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。

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