感染症抗体検査および予防接種報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 学籍番号 | 氏名 |
| 麻疹 | 麻疹ワクチン　接種日：令和　　　　年　　　　月　　　　日　医師　： |
| 麻疹・風疹ワクチン（MR）　接種日：令和　　　　年　　　　月　　　　日　医師　： |
| 風疹 |
| 風疹ワクチン　接種日：令和　　　　年　　　　月　　　　日　医師　： |
| 流行性耳下腺炎 | 流行性耳下腺炎ワクチン　接種日：令和　　　　年　　　　月　　　　日　医師　： |
| 水痘 | 水痘ワクチン　接種日：令和　　　　年　　　　月　　　　日　医師　： |
| 学校確認抗体検査結果と照合済　　　　　　保健担当 | 学校確認上記確認　　　　　　保健担当 |

* 抗体検査の結果は、裏に添付する