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