

予防接種実施状況調査票

※該当部分に記入又は○で囲ってください

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	満	歳	性別	

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

感染症名	予防接種状況・罹患状況	感染症名	予防接種状況・罹患状況
麻疹	1回目 西暦 年 月 日	風疹	1回目 西暦 年 月 日
	2回目 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 歳頃
水痘	1回目 西暦 年 月 日	流行性 耳下腺炎	1回目 西暦 年 月 日
	2回目 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 歳頃

【B型肝炎】

	予防接種状況	抗体価検査
1シリーズ	1回目 西暦 年 月 日	抗体価検査：実施した ・ 実施していない ↓ ※分かる範囲でご記入下さい 最終検査日： 年 月 月 抗体価： 陽性 ・ 陰性 測定値：(mIU/mL) ※B型肝炎抗体価が10以上の陽性化歴がある場合は、その検査結果の写しを添付してください。 ※以下の場合はその旨、余白に記入してご提出ください。 ①B型肝炎ワクチン2シリーズ接種したが抗体が見つからない ②接種歴はあるが記録が無い
	2回目 西暦 年 月 日	
	3回目 西暦 年 月 日	
2シリーズ	1回目 西暦 年 月 日	
	2回目 西暦 年 月 日	
	3回目 西暦 年 月 日	
その他	西暦 年 月 日	
	西暦 年 月 日	

※予防接種歴がわかる母子手帳、予防接種済証等の写しを裏面に添付して下さい。
 ※予防接種日がわかる母子手帳等の記録が無い場合は日本環境感染学会のガイドラインをもとに、「接種歴なし」と考えます。

証明書類（母子健康手帳の写し、医療機関または市町村が発行する予防接種済証の写し等）を糊付けしてください

事務担当記入欄

所属	職員番号	ID
----	------	----

予防接種実施状況調査票

※該当部分に記入又は○で囲ってください

フリガナ	ミエダイ ハナコ	生年月日	西暦	2000	年	1	月	1	日
氏名	三重大 花子	年齢	満	23	歳	性別	女		

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

感染症名	予防接種状況・罹患状況	感染症名	予防接種状況・罹患状況
麻疹	1回目 西暦 2001年 1月 7日	風疹	1回目 西暦 2001年 1月 7日
	2回目 西暦 2001年 2月 7日		2回目 西暦 2001年 2月 7日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 歳頃
水痘	1回目 西暦 2001年 3月 14日	流行性 耳下腺炎	1回目 西暦 年 月 日
	2回目 西暦 2001年 4月 15日		2回目 西暦 年 月 日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 2歳頃

【B型肝炎】

	予防接種状況	抗体価検査
1シリーズ	1回目 西暦 2018年 5月 10日	抗体価検査：実施した・実施していない ↓ ※分かる範囲でご記入下さい 最終検査日：2018年 12月 15日 抗体価：陽性・陰性 測定値：(120 mIU/mL) ※B型肝炎抗体価が10以上の陽性化歴がある場合は、その検査結果の写しを添付してください。 ※以下の場合はその旨、余白に記入してご提出ください。 ①B型肝炎ワクチン2シリーズ接種したが抗体が見つからない ②接種歴はあるが記録がない
	2回目 西暦 2018年 6月 12日	
	3回目 西暦 2018年 11月 10日	
2シリーズ	1回目 西暦 年 月 日	
	2回目 西暦 年 月 日	
	3回目 西暦 年 月 日	
その他	西暦 年 月 日	
	西暦 年 月 日	

※予防接種歴がわかる母子手帳、予防接種済証等の写しを裏面に添付して下さい。
 ※予防接種日がわかる母子手帳等の記録が無い場合は日本環境感染学会のガイドラインをもとに、「接種歴なし」と考えます。

証明書類（母子健康手帳の写し、医療機関または市町村が発行する予防接種済証の写し等）を糊付けしてください

事務担当記入欄

所属	職員番号	ID
----	------	----