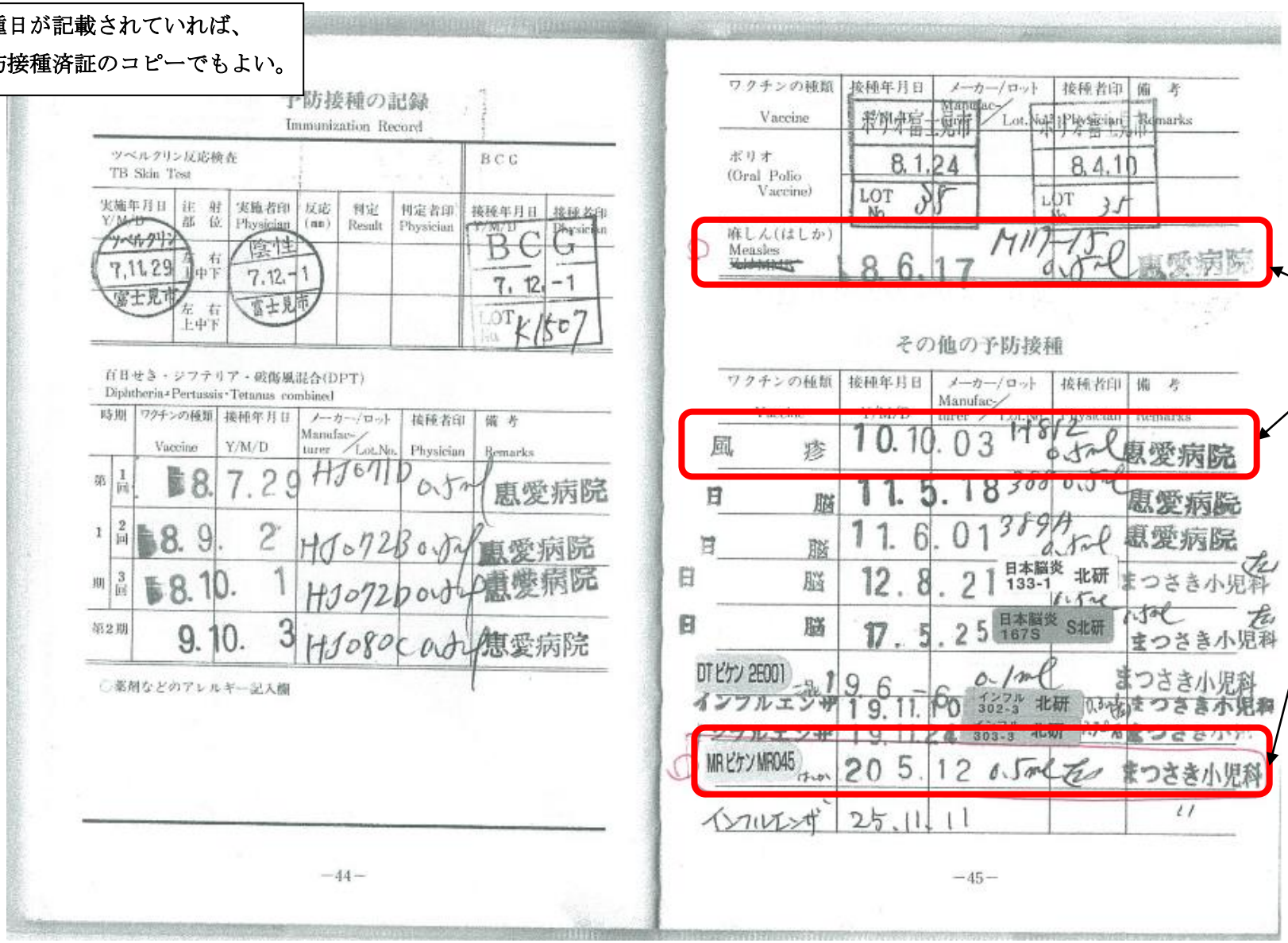
（例）麻疹風疹予防接種記録コピー（用紙はできればA4ｻｲｽﾞで）

B7L11123　　文教花子

※健康診断受け付け時に提出（1枚で収まらない場合は2枚でも可）

接種日が記載されていれば、
予防接種済証のコピーでもよい。

用紙右上に
学籍番号、氏名を記入
2枚になる場合は、
2枚とも記入のこと



予防接種の記録
Immunization Record

ツベルクリン反応検査 TB Skin Test　　BCG

実施年月日 Y/M/D	注射部位	実施者印 Physician	反応 (mm)	判定 Result	判定者印 Physician	接種年月日 Y/M/D	接種者印 Physician
ツベルクリン 7.11.29 富士見市	左 右 上中下	医性 7.12.-1 富士見市				BCG 7.12.-1	
	左 右 上中下					LOT No. K1507	

百日せき・ジフテリア・破傷風混合(DPT)
Diphtheria・Pertussis・Tetanus combined

時期		ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者印 Physician	備考 Remarks
第1期	1回	8.	7.29	HJ071D 0.5ml		恵愛病院
	2回	8.	9. 2	HJ072B 0.5ml		恵愛病院
	3回	8.	10. 1	HJ072D 0.5ml		恵愛病院
第2期		9.	10. 3	HJ080C 0.5ml		恵愛病院

○薬剤などのアレルギー記入欄

—44—

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者印 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)	8.1.24 LOT No. 35		8.4.10 LOT No. 35	
麻しん(はしか) Measles	8.6.17	M117-15 0.5ml		恵愛病院

その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者印 Physician	備考 Remarks
風疹	10.10.03	H482 0.5ml		恵愛病院
日脳	11.5.18	300 0.5ml		恵愛病院
日脳	11.6.01	389A 0.5ml		恵愛病院
日脳	12.8.21	日本脳炎 133-1 北研		まつさき小児科
日脳	17.5.25	日本脳炎 167S S北研		まつさき小児科
DTピケン 2E001	19.6.6	0.1ml		まつさき小児科
インフルエンザ	19.11.10	インフル 302-3 北研		まつさき小児科
インフルエンザ	19.11.24	303-3 北研		
MRピケン MR045	20.5.12	0.5ml		まつさき小児科
インフルエンザ	25.11.11			〃

—45—

麻疹・風疹2回分の
接種記録が必要
（MRでも可）

＊MRワクチンとは、
麻疹風疹の混合ワクチン
のことです。