

(1) ワクチン接種歴・罹患歴に関する調査票

別紙②

ふりがな：
氏 名：

麻疹	罹患歴	<input type="checkbox"/> ある(西暦 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	麻疹抗体価
麻疹ワクチン	1回目	西暦 年 月 日	EI A法(I gG) []
	2回目	西暦 年 月 日	PA法 []
	<input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)		中和法 [] 検査日: 年 月 日
風疹	罹患歴	<input type="checkbox"/> ある(西暦 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	風疹抗体価
風疹ワクチン	1回目	西暦 年 月 日	H 法 []
	2回目	西暦 年 月 日	EI A法(I gG) []
	<input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)		その他: _____法 [] 検査日: 年 月 日
水痘	罹患歴	<input type="checkbox"/> ある(西暦 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	水痘抗体価
水痘ワクチン	1回目	西暦 年 月 日	EI A法(I gG) []
	2回目	西暦 年 月 日	I AHA法 []
	<input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)		中和法 [] 検査日: 年 月 日
おたふく かぜ(流行性耳下腺炎)	罹患歴	<input type="checkbox"/> ある(西暦 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	おたふく かぜ抗体価
おたふく かぜワクチン	1回目	西暦 年 月 日	EI A法(I gG) []
	2回目	西暦 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)		検査日: 年 月 日

免疫疾患やワクチン接種によるアレルギーがあるなど予防接種が困難と診断されている場合は、下記に予防接種困難なワクチンの種類と理由を記入してください。

該当ワクチン:	
理由:	

(記入上の注意)

- ・ 母子健康手帳やワクチン接種歴(記録)等を確認しながら、分かる範囲で記載してください。
- ・ □にはレ点でチェックしてください。
- ・ MRワクチン接種は「麻疹」と「風疹」の混合ワクチン、MMRワクチンは「麻疹」「風疹」「おたふく かぜ(流行性耳下腺炎)」の混合ワクチンです。それぞれの項目に同一の接種年月日を記載してください。
- ・ 2回以上の予防接種歴がある場合には、直近2回の記録を記載してください。
- ・ 抗体価記載欄は、この調査のために新たに抗体検査を行う必要はありません。すでに抗体価がわかる方は記入してください。