

予防接種および罹患報告書

提出日平成 年 月 日

氏名： _____ 男・女 生年月日：昭和・平成 年 月 日

	罹患	予防接種	抗体検査*
麻疹	有 時期不明 平成・昭和 年 月頃	有 時期不明 平成・昭和 年 月	有 ()法 抗体価： 平成・昭和 年 月
	無 不明	平成・昭和 年 月 無 不明	平成・昭和 年 月 無

	罹患	予防接種	抗体検査*
風疹	有 時期不明 平成・昭和 年 月頃	有 時期不明 平成・昭和 年 月	有 ()法 抗体価： 平成・昭和 年 月
	無 不明	平成・昭和 年 月 無 不明	平成・昭和 年 月 無

	罹患	予防接種	抗体検査*
水痘	有 時期不明 平成・昭和 年 月頃	有 時期不明 平成・昭和 年 月	有 ()法 抗体価： 平成・昭和 年 月
	無 不明	平成・昭和 年 月 無 不明	平成・昭和 年 月 無

	罹患	予防接種	抗体検査*
流行性耳下腺炎	有 時期不明 平成・昭和 年 月頃	有 時期不明 平成・昭和 年 月	有 ()法 抗体価： 平成・昭和 年 月
	無 不明	平成・昭和 年 月 無 不明	平成・昭和 年 月 無 不明

*結核 (QFT、T-SPOTは実施している場合、いずれか○をつけて記入してください)	検査日 平成 年 月 日 胸部X線異常所見： なし あり ()
	検査日 平成 年 月 日 QFT・T-SPOT : 陰性 陽性 判定保留

*抗体検査の報告書をお持ちの方は、コピーを添付してください。