

抗体検査結果と予防接種歴（記録票）

受験番号	生年月日	平成	年	月	日	氏名
------	------	----	---	---	---	----

1. 麻疹（はしか）の抗体検査（*全員検査が必要）

本校では、全寮制の特色を踏まえ、過去の罹患【保護者の記憶】が確認できないことから、
 (郵送配布した書類をご使用ください。)

皆様全員に、検査をお願いしています。抗体検査結果の写し（コピー）を提出ください。
 （*但し、過去、小児科等に受診され 遡って医師の証明を発行して頂けるものであれば、
 その証明書の写し（コピー）の提出でも構いません。）

(1) 添付箇所 ※のりづけ

※ 裏へ続く ⇒

2 . 風疹（3日はしか）・水痘症（水ぼうそう）の抗体検査

- ➡ 母子手帳等に接種済み証明がある場合（＊紙面のコピーを添付してください。）

母子手帳等に、過去の予防接種証明があれば、抗体検査を省略することができます。

＊過去における麻疹・風疹の混合ワクチン、水痘症のワクチン接種証明のことです。

（2）添付箇所

※のりづけ

見本

（郵送配布した書類をご使用ください。）

- ➡ 母子手帳等に接種済み証明がない場合（＊抗体検査の結果が必要）

母子手帳等に、過去の予防接種証明がなければ、抗体検査を受けて頂かなければ
なりません。抗体検査結果の写し（コピー）の提出をお願いします。

（3）添付箇所

※のりづけ