

予防接種歴調査票

Records of immunization

記入後、入学手続きの際に提出してください。

Please fill out this questionnaire and submit at the time of the university admission procedure.

この調査票に、抗体検査の結果やワクチン接種証明書を添付していただく必要はありません。

It is not necessary to attach the results of serum antibody or certificate of vaccination.

氏名 Name	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F 年齢 Age 才 y.o.	受験番号 examinee's number
<input type="checkbox"/> 学部 Undergraduate Student <input type="checkbox"/> 大学院 Graduate Student (M · P · D)		
<input type="checkbox"/> 人文 Hum. <input type="checkbox"/> 教育 Edu. <input type="checkbox"/> 医 Med. <input type="checkbox"/> 工 Eng. <input type="checkbox"/> 生物資源 Bio. <input type="checkbox"/> イノベーション Innov.		
◆ 予防接種歴・罹患歴についてお聞きします。 Records of immunization / Records of past history		
◇ 麻しん (はしか Measles)		
罹患したことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (才) Past History of Measles : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes (y.o.)		
予防接種は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けた 1回目 年 月, 2回目 年 月 Vaccination : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes Date 1: (M)/ (Y), Date 2: (M)/ (Y)		
◇ 風しん (三日ばしか Rubella)		
罹患したことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (才) Past History of Rubella : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes (y.o.)		
予防接種は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けた 1回目 年 月, 2回目 年 月 Vaccination : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes Date 1: (M)/ (Y), Date 2: (M)/ (Y)		
◇ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ Mumps)		
罹患したことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (才) Past History of Mumps : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes (y.o.)		
予防接種は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けた 年 月 Vaccination : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes Date : (M)/ (Y)		
※ 参考 (MMR : Measles, Mumps and Rubella (麻しん) (おたふくかぜ) (風しん)) (MR : Measles and Rubella (麻しん) (風しん))		
◇ 水痘 (水ぼうそう Chickenpox)		
罹患したことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (才) Past History of Chickenpox : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes (y.o.)		
予防接種は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けた 年 月 Vaccination : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes Date : (M)/ (Y)		
◇ ツベルクリン反応検査とBCG接種 Tuberculin Test / BCG vaccination		
ツ反検査は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けた (年 月) Tuberculin Test : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes Date : (M)/ (Y)		
BCG接種は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けた (年 月) BCG vaccination : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Yes Date : (M)/ (Y)		