

わたしの予防接種歴

学籍番号: _____ 氏 名: _____

病名	罹患歴	予防接種歴	抗体確認検査			ワクチン接種状況 (接種日、Lot No)	※ ワクチン接種後抗体検査		
			検査日	抗体価	判定結果		検査日	抗体価	判定結果
記入例	罹患・ 未	20xx年接種済	20xx/12/10	8未満	抗体なし	20xx/12/29 麻しん ビケン M2134	20xx/2/10	8以上	抗体あり
麻疹 (はしか)	罹患・未		/ /				/ /		
風疹 (三日はしか)	罹患・未		/ /				/ /		
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	罹患・未		/ /				/ /		
水痘 (水疱瘡 みずぼうそう)	罹患・未		/ /				/ /		

※ 接種後の抗体検査は必須ではありません

	接種1回目	接種2回目	接種3回目	抗体検査日	判定結果
記入例	20xx/9/7	20xx/10/5	20xx/2/1	20xx/3/1	抗体あり
B型肝炎	/ /	/ /	/ /	/ /	

	1年次	2年次	3年次	4年次	5年次	6年次
記入例	20xx/11/7	20xx/10/5	20xx/11/3	20xx/10/20	20xx/10/20	20xx/10/20
インフルエンザ	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

BCG接種歴
20xx年接種済／接種なし

	接種1回目		接種2回目		接種3回目		接種 回目		接種 回目	
記入例	製品名	20xx/x/x	製品名	20xx/x/x	製品名	20xx/x/x	製品名	20xx/x/x	製品名	20xx/x/x
COVID-19		/ /		/ /		/ /				

* 将来医療職に就く皆さんにとって、自分自身の健康管理は重要です。
このページについてはきちんと保管し、計画的に予防接種を受けるなど健康管理に役立ててください。(最初は、母子健康手帳を見て記入するとよい)

* COVID-19を含む予防接種に関する公的な記録は、捨てずに保管するようにしてください。