

【例 1】 母子手帳等で作成 (A4用紙にコピー)

神戸 太郎

学籍番号：1234567A

平成 8 (1996) 年1月 2日生

(分かり次第記入)

麻しんや風しんに関する予防接種の記録のページや接種済み証明書をコピーしてください。複数ページにわたる場合は、なるべく1枚になるようにしてください。サイズが大きい場合等、横向きや両面・2枚になってもかまいません。

(縮小不可)

※すべてのコピーに名前・生年月日・学籍番号を書いてください。

学籍番号は、入学後のガイダンス時に通知されますが、それまでに健康診断を受けられる方は、健康診断会場で確認できますのでその後記入してください。

原本は確認したその場でお返しします。

神戸 太郎
平成 8 (1996) 年 1月 2日生

学籍番号：1234567A
(分かり次第記入)

予防接種の記録
Immunization Record

ツベルクリン反応検査 TB Skin Test						BCG		
接種年月日 Y/M/D (年齢)	注射部位	接種者署名 Physician	反応 (mm)	判定 Result	接種者署名 Physician	接種年月日 Y/M/D (年齢)	ロット Lot No.	接種者署名 Physician
17.6.10	右肘					17.6.08		
	左肘							

ジフテリア・百日せき・破傷風混合 (DPT) Diphtheria · Pertussis · Tetanus combined					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	DPT	17.9.19	DPT (混合) V009C		
第2期	DPT	17.6.10	DPT (混合) V009D		
第3期	DPT	17.7.30	DPT (混合) V012A		
第1期追加	DPT	18.10.27	DPT (混合) V023C		

●薬用などのアレルギー記入欄
薬2類 1/17-12/17の時に1回
DT 17.6.27 DT 17.9.24

麻しん単独ワクチンと
風しん単独ワクチン

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)	17.11.16	43		
麻しん(はしか) Measles	17.6.27	43		
風しん(三日はしか) Rubella	17.8.10	43		

日本脳炎 Japanese Encephalitis				
時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	2008.8.11	JE (混合) J8007 lot. 2010.11.11		
第2期	2008.9.01	JE (混合) J8014 lot. 2010.12.11		
第1期追加	2009.2.6	JE (混合) J8090 lot. 2012.12.8		

その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘ワクチン	17.10.14	水痘ピケン V2037		左
おたふく ワクチン	19.2.9	おたふくワクチン G101		
MR	23.3.11	MR Y107 EXP. 2011.10.7		
インフルB	27.11.30	インフル 541-B テカ		左
インフルA	18.1.25	インフル 635-A テカ		左

今までにかかった主な病気
Record of Childhood Illnesses

●このページは保護者自身で記入してください●

麻しん・風しん混合ワクチン
(MRワクチン)

病名	年月日	備考(症状・合併症など)
水痘(水ぼうそう) Chickenpox		
おたふくかぜ Mumps		
風しん(三日はしか) Rubella		
伝染性紅斑(りんご病) Erythema Infectiosum		
手足口病		

この場合

麻しん：単独+MR で 計2回
風しん：単独+MR で 計2回
→OK

神戸 太郎
平成 8 (1996) 年 1月 2日生

学籍番号： 1234567A
(分かり次第記入)

麻しん・風しん混合ワクチン
(MRワクチン)
が 2 回 →OK

(予防接種の記録)
Immunization Record

BCG

接種年月日 Y/M/D (年齢)	ロット Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
2009. 7. 27	BCG KH101		左 上腕

ジフテリア・百日せき・破傷風
Diphtheria · Pertussis · Tetanus

時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回 DPT	2009. 8. 28	DPT 38B Exp. 2010.8.20		左 上腕
	2回 DPT	2009. 9. 28	DPT 39K Exp. 2011.3.29		左 上腕
	3回 DPT	2009. 11. 02	DPT 39K Exp. 2011.3.29		左 上腕
第1期 追加	DPT	2013.5.17	DPT V070D Exp. Exp. 2013.5.15		左 上腕
第2期 (DT)					

麻しん (はしか) Measles	第1期	2010. 4. 19	MR びん NR109 Exp. 2010. 11. 24		左 上腕
風しん Rubella	第2期	2016. 4. 28	MR びん MR243 Exp. 2016. 8. 5		左 上腕

日本脳炎
Japanese Encephalitis

時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回	H24. 8. 31	びん JR137 Exp. 2015. 9. 27	
	2回	H24. 9. 28	びん JR137 Exp. 2015. 9. 27	
第1期 追加	H25. 11. 15	びん JR177 Exp. 2014. 4. 6		
第2期				

※単抗原で予防接種を受けた場合は、それが分かるように備考欄もしくはその他の予防接種欄に記入してください。

この場合
麻しん：MR+MR で 計 2 回
風しん：MR+MR で 計 2 回
→OK

参考：麻しん 英語でMeasles
風しん 英語でRubella
麻しん・風しん混合ワクチンは
→頭文字をとってMRワクチン