感 染 症 関 連 記 録 表(ワクチン接種)

健康科学部　医療栄養学科　　**学生番号:**

フリガナ		生年月日	西暦　　年　　月　　日		
氏　名		年 齢	歳	性 別	男・女

以下の検査項目について、感染予防対策として抗体検査の結果が判定保留および陰性の方は、ワクチン接種をお願いします。　**提出期限:2027年6月30日(水)**

【本紙、個人情報の取り扱いについて】
本紙の内容は、個人情報として大学が厳重に管理し、原則として第三者に開示しません。
ただし、1) 感染において緊急を要する場合(学生や患者等への感染の可能性がある場合等)、
2) 実習受け入れに際して実習先医療施設から提出を求められた場合などに限り、情報を開示することがあります。

対象ワクチン	ワクチン接種日 (西暦記入)
麻　　疹	接種日　　年　　月　　日 接種できなかった理由(　　)
風　　疹	接種日　　年　　月　　日 接種できなかった理由(　　)
水痘・帯状疱疹	接種日　　年　　月　　日 接種できなかった理由(　　)
流行性耳下腺炎	接種日　　年　　月　　日 接種できなかった理由(　　)
B 型 肝 炎	接種日(1回目)　　年　　月　　日 接種日(2回目)　　年　　月　　日 (後日記入可) 接種日(3回目)　　年　　月　　日 (後日記入可) 接種できなかった理由(　　)

証明書記載日	年　　月　　日
医療機関名 住　　所 電 話 番 号	
記載した医師名	印

※受診病院が2か所にわたる場合のみ。また、追加記載項目も記入ください。

証明書追加記載日	年　　月　　日	追加記載項目
医療機関名 住　　所 電 話 番 号		
記載した医師名	印	