

麻疹・風しん・ムンプス（おたふくかぜ）・水痘（水ぼうそう）抗体検査報告票

入学後 学内オリエンテーション時に回収

学籍番号

氏名

男 女

生年月日 昭・平 年 月 日 生

携帯番号

検査項目	測定方法	検査年月日	検査結果	判定
麻疹	PA 法 NT 法	年 月 日	倍	(+) (+ -) (-)
風疹	HI 法	年 月 日	倍	(+) (+ -) (-)
ムンプス	EIA-IgG 法	年 月 日		(+) (+ -) (-)
水痘	IAHA 法 EIA-IgG 法	年 月 日		(+) (+ -) (-)

※ 測定方法はいずれかに○をつける
判定は該当する方に○をつける

上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印

ワクチン接種証明

学籍番号

氏 名

ワクチンの種類	接種年月日	医療機関名および接種医師名
麻しん	年 月 日	印
	Lot 番号	
風しん	年 月 日	印
	Lot 番号	
ムンプス	年 月 日	印
	Lot 番号	
水痘	年 月 日	印
	Lot 番号	