

提出日 : 令和元年8月24日

| | | | | | |
|----------------|----|---|---|-------------------|-----|
| 中学 ・ 高校 生徒名 | 学年 | 組 | 番 | 生年月日 平成 年 月 日生 | 男 女 |
|----------------|----|---|---|-------------------|-----|

麻疹・風疹罹患歴（抗体検査）・予防接種歴 調査票

| 調査年月 | 罹患歴・抗体検査 | 予防接種歴 ※麻疹・風疹・おたふくかぜ混合ワクチンを含む |
|----------------|--|---|
| 令和元年 年 月 | <p>●麻疹にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹罹患歴あり [歳][平成 年 月 日頃]にかかった</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹罹患歴なし</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹の抗体検査を受けた [歳][平成 年 月 日頃]に検査済 [医療機関名]</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹の抗体あり⇒予防接種不要</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹の抗体がない⇒予防接種必要</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>◆麻疹・風疹の予防接種歴？</p> <p><input type="checkbox"/> 予防接種を受けた</p> <p>[]1回目</p> <p>[歳][年 月 日]に接種</p> <p><input type="checkbox"/> MRワクチン(麻疹・風疹)</p> <p><input type="checkbox"/> MMRワクチン(麻疹・風疹・おたふくかぜ)</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹のみ</p> <p>[]2回目</p> <p>[歳][年 月 日]に接種</p> <p><input type="checkbox"/> MRワクチン(麻疹・風疹)</p> <p><input type="checkbox"/> MMRワクチン(麻疹・風疹・おたふくかぜ)</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹のみ</p> |
| | | <p>●風疹にかかったこと</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹罹患歴あり [歳][平成 年 月 日頃]にかかった</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹罹患歴なし</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹の抗体検査を受けた [歳][平成 年 月 日頃]に検査済 [医療機関名]</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹の抗体あり⇒予防接種不要</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹の抗体がない⇒予防接種必要</p> <p><input type="checkbox"/></p> |

今回の調査票より予防接種勧奨・抗体検査等の必要について

不要 要抗体検査 要予防接種勧奨 その他（要医師と相談）

※この調査は麻疹・風疹の感染症予防の目的以外に使用することはありません。