

XI. ワクチン関連書類

(次ページ以降に掲載)

抗体値・予防接種履歴

	検査日	抗体値	予防接種日
麻疹	年 月 日		
風疹	年 月 日		
水痘	年 月 日		
流行性耳下腺炎	年 月 日		
HBs 抗体	年 月 日		1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日

インフルエンザワクチン接種日

1年生	年 月 日
2年生	年 月 日
3年生	年 月 日
4年生	年 月 日

HPV ワクチン接種日

1回目：	年 月 日
2回目：	年 月 日
3回目：	年 月 日

コロナワクチン接種日

1年生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
2年生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
3年生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
4年生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

予 防 接 種 証 明 書

学籍番号 _____

氏 名

予 防 接 種	ロ ッ ト 番 号
麻疹	
風疹	
麻疹・風疹混合ワクチン	
水痘	
流行性耳下腺炎	
B型肝炎	
インフルエンザ	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日（接種年月日）

所在地

医療機関名

医師署名

印

島根県立大学 出雲キャンパス
保健管理委員会
TEL(0853)20-0213(直通)

抗体検査結果報告書

学籍番号 _____

氏 名

検査方法

抗体検査	検査方法
HBs 抗体検査	定量検査

検査結果 貼付