　医学部・医学系研究科

**ワクチン接種実施証明書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和４年度入学 | 医学部　□医学科　　□保健学科看護学専攻　　□保健学科検査技術科学専攻  大学院医学系研究科　□臨床心理学専攻（修士課程） | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　男・女 | | 学生番号 |  | 生年月日  年　　　月　　　日 |

ロット番号シールは各項の の中に貼付し、日付を記載してください

※紛失した場合は、医師の判断のもと日付のみ記載してください

１．麻疹

|  |
| --- |
| 年　月　日 |
| 年　月　日 |

（　　）麻疹ワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）MRワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）問診の結果（　　　　　　　　　　　　　）と

　　　　判明したため予防接種は実施せず

２．風疹

|  |
| --- |
| 年　月　日 |
| 年　月　日 |

（　　）風疹ワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）MRワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）問診の結果（　　　　　　　　　　　　　）と

　　　　判明したため予防接種は実施せず

３．水痘

|  |
| --- |
| 年　月　日 |
| 年　月　日 |

（　　）水痘ワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）問診の結果（　　　　　　　　　　　　　）と

　　　　判明したため予防接種は実施せず

４．流行性耳下腺炎（ムンプス）

|  |
| --- |
| 年　月　日 |
| 年　月　日 |

（　　）流行性耳下腺炎ワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）問診の結果（　　　　　　　　　　　　　）と

　　　　判明したため予防接種は実施せず

５．B型肝炎

|  |
| --- |
| 年　月　日 |
| 年　月　日 |
| 年　月　日 |

（　　）B型肝炎ワクチンを接種した（接種回数　　　回）

（　　）問診の結果（　　　　　　　　　　　　　）と

　　　　判明したため予防接種は実施せず

上記の通り証明する

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※複数ワクチン接種される方、複数の医療機関で接種される方は結果（接種歴）が必要になる場合があります。学生本人も「写し（コピー）」を保管しておいてください