別紙

予防接種（ワクチン接種）調査票

ふりがな 氏名　（男・女）	生年月日	昭和 平成	年　月　日
会社名			

あなたのいままでの予防接種について記入してください。

予防接種名	該当の項目に☑ 不明の場合には未接種にﾁｪｯｸ	接種日*
麻しん・風しん混合ワクチン （MRワクチン）	1回目：　□接種、□未接種 2回目：　□接種、□未接種	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日
麻しん単独ワクチン**	1回目：　□接種、□未接種 2回目：　□接種、□未接種	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日
風しん単独ワクチン**	1回目：　□接種、□未接種 2回目：　□接種、□未接種	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日
水痘ワクチン	1回目：　□接種、□未接種 2回目：　□接種、□未接種	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日
おたふくかぜワクチン （流行性耳下腺炎）	1回目：　□接種、□未接種 2回目：　□接種、□未接種	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日
B型肝炎ワクチン	1回目：　□接種、□未接種 2回目：　□接種、□未接種 3回目：　□接種、□未接種	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日 西暦　年　月　日

＊ 同一の予防接種を枠の数よりも多く接種している場合は、新しい日付を記入してください。

** 麻しん・風しん混合ワクチンを2回接種していれば、単独ワクチンの接種は必要ありません。

母子手帳の該当箇所や医療機関の接種証明書のコピーを添付してください。