CERTIFICATE OF IMMUNIZATION STATUS

Name: Date of Birth:

Family name First name

・「根拠資料番号」に母子手帳や検査報告書等、根拠となる資料に付与した番号を記載する。

・抗体価が本学で行った検査の基準値より低い場合は、追加接種を受け、接種歴を記載する。

・抗体価が本学で行った検査の基準値より高い場合は、抗体価のみ記載する。

・抗体価の数値の後に必ず検査方法を記載する。例：12.3（EIA）

|  |
| --- |
| 根拠資料番号 |
|  |
|  |

Status of immunization Measles（麻疹）:

Immunization（接種歴）: Date 1: Date 2: Antibody Titer（抗体価）: Date: Result:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Rubella（風疹）:

Immunization（接種歴）: Date 1: Date 2: Antibody Titer（抗体価）: Date: Result:

Mumps（ムンプス）:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Immunization（接種歴）: Date 1: Date 2: Antibody Titer（抗体価）: Date: Result:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Varicella（水痘）:

Immunization（接種歴）: Date 1: Date 2: Antibody Titer: （抗体価） Date: Result:

COVID-19:

|  |
| --- |
|  |

Immunization（接種歴）: Date 1: Date 2: Date 3: