

健康診断に関連する個人票

学籍番号

氏名

疾患	要件(該当する項目に☑を入れる)				
麻疹	1	☐抗体陽性(基準を満たす) ☐検査結果のコピーを添付		検査日	AC 年 月 日
	2	☐1歳以上でのワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
	3	☐抗体陽性(基準を満たさない) ☐ワクチン接種1回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	
	4	☐抗体陰性 ☐ワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
風疹	1	☐抗体陽性(基準を満たす) ☐検査結果のコピーを添付		検査日	AC 年 月 日
	2	☐1歳以上でのワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
	3	☐抗体陽性(基準を満たさない) ☐ワクチン接種1回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	
	4	☐抗体陰性 ☐ワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
水痘	1	☐抗体陽性(基準を満たす) ☐検査結果のコピーを添付		検査日	AC 年 月 日
	2	☐1歳以上でのワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
	3	☐抗体陽性(基準を満たさない) ☐ワクチン接種1回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	
	4	☐抗体陰性 ☐ワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
流行性 耳下腺炎	1	☐抗体陽性(基準を満たす) ☐検査結果のコピーを添付		検査日	AC 年 月 日
	2	☐1歳以上でのワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
	3	☐抗体陽性(基準を満たさない) ☐ワクチン接種1回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	
	4	☐抗体陰性 ☐ワクチン2回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
B型肝炎	1	☐抗HBs抗体 \geq 10mIU/ml (検査結果のコピーを添付)		検査日	AC 年 月 日
	2	☐ワクチンを3回接種 ☐上記を証明する書類を添付	接種日	AC 年 月 日	AC 年 月 日
結核		☐IGURA(T-spot)検査 ☐検査結果のコピーを添付	検査日	AC 年 月 日	結果

上記の内容について、相違ないことを証明します。

年 月 日

宝塚市立看護専門学校

学校長