

① 予防接種記録票 (看護学部)

提出：2026年4月 健康診断の受付

A4・片面印刷

公立大学法人山梨県立大学 看護学部

記入日： 西暦 20 年 月 日

学籍番号	2026NN	氏名	
------	--------	----	--

- ・接種者氏名・接種項目・接種年月日・ロットナンバー・接種医療機関名が確認できるように印刷し、重なりすぎないように並べて貼り付けてください。(母子手帳の場合、接種者氏名は不要です)
- ・張り付けるスペースが足りない場合は、この台紙をコピーして使用してください。

見本

○ 予防接種の記録  
Immunization Record

B C G				
接種年月日 Y/M/D (年齢)	ロット Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks	
18.5.8.			接種済	

ジフテリア・百日せき・破傷風混合 (DPT) Diphtheria・Pertussis・Tetanus combined					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回	18.6.26	DPT 13423 V018C	1医院	右
	2回	18.7.3	DPT 13424 V019D	1医院	右
	3回	18.9.-6	DPT 13425 V020C	1医院	左
第1期 追加	追加接種DPTワクチン	19.9.1	DPT AM002D 北新 Exp.08.7.9	1医院	左

薬剤などのアレルギー記入欄

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)	18.10.27			接種済
	19.5.18			接種済

麻疹 Measles	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
1回	19.1.18	MR 13423	1医院	右
2回	23.7.11	MR HF002 北新 Exp.12.6.7	1医院	右

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks	
第1期 初回	1回	21.10.-2	日研 JR007 Exp. 2010.11.11	1医院	右
	2回	21.10.30	日研 JR008 Exp. 2010.11.13	1医院	右
第1期 追加	22.10.18	日研 JR039 Exp. 2011.12.15	1医院	左	

○ その他の予防接種

ワクチンの種類	接種年月日	メーカー・ロット	接種者署名	備考
二種混合 ジフテリア、破傷風	29.8.-5	DT 13423 Exp. 2018.12.21		1医院 左
水痘	30.3.29	水痘 13424 Exp. 2019.7.30		1医院 左
おたふくワクチン	30.3.29	おたふく G622 Exp. 2018.9.12		1医院 右
インフルエンザ	30.12.12	HA185B		1医院 右
子宮頸がん予防 ワクチン	5.3.-4	ガーダシル U020088 HPV Exp. 2024.04.27		1医院 右
子宮頸がん予防 ワクチン	5.5.17	ガーダシル U021396 HPV Exp. 2024.05.01		1医院 右
子宮頸がん予防 ワクチン	5.10.14	ガーダシル U021396 HPV Exp. 2024.05.01		1医院 右
水痘	6.3.23	水痘 13425 Exp. 2025.6.4		1医院 右
おたふくワクチン	6.3.23	おたふく G951 Exp. 2024.10.11		1医院 右
インフルエンザ	28.11.27	HA168B		1医院 右
インフルエンザ	28.12.21	HA170D		1医院 右

※ 今までのにかかった主な病気  
Record of Childhood Illnesses

病名 Illnesses	年月日 Y/M/D (年齢)	備考(症状・合併症など) Remarks
麻疹(はしか) Measles		
水痘(水ぼうそう) Chickenpox		
おたふくかぜ Mumps		
風しん(三日はしか) Rubella		
伝染性紅斑(りんご病) Erythema Infectiosum		
手足口病 Hand-Foot-Mouth Disease		

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
B型肝炎 Hepatitis B	R6 Y/4	ヘンタックス W036956 B型肝炎 Exp. 2025.09.07	1医院	右
	R6 Y/2	ヘンタックス W036956 B型肝炎 Exp. 2025.09.07	1医院	右
	R6 Y/0	ヘンタックス X004715 B型肝炎 Exp. 2025.11.19	1医院	右

B型肝炎  
1シリーズ (3回)

※提出された書類は、実習施設に提出する可能性があります。