

# 東京工業大学健康診断書 (Part II)



氏名 \_\_\_\_\_

入学日\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 年

## Part II. 学生予防接種履歴フォーム

1のMMRワクチンの接種歴(またはa、b、c全ての接種歴)と2～3のワクチン接種歴を記入してください。

医学的に免除が必要な場合は、ワクチン接種が禁忌であることを記載した医師の署名入りの書類を提出してください。

1. M.M.R(麻疹・ムンプス・風疹) 個別予防接種の代わりに接種する場合	
第1回 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	第2回 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年
a. 麻疹(はしか)	
第1期 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 罹患し医師の診断を受けた日 _____ / _____ / _____ 月 日 年
第2期 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 陽性(反応性)免疫力価の報告書を持っている。 (報告書のコピーを提出してください) _____ / _____ / _____ 月 日 年
b. 流行性耳下腺炎(おたふく風邪)	
第1回 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 罹患し医師の診断を受けた日 _____ / _____ / _____ 月 日 年
第2回 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 陽性(反応性)免疫力価の報告書を持っている。 (報告書のコピーを提出してください) _____ / _____ / _____ 月 日 年
c. 風疹(三日はしか)	
第1期 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 罹患し医師の診断を受けた日 _____ / _____ / _____ 月 日 年
第2期 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 陽性(反応性)免疫力価の報告書を持っている。 (報告書のコピーを提出してください) _____ / _____ / _____ 月 日 年
2. 水痘(みずぼうそう)	
第1回 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 罹患し医師の診断を受けた日 _____ / _____ / _____ 月 日 年
第2回 接種日 _____ / _____ / _____ 月 日 年	<input type="checkbox"/> 陽性(反応性)免疫力価の報告書を持っている。 (報告書のコピーを提出してください) _____ / _____ / _____ 月 日 年
3. 破傷風	
最終追加接種日(11歳以降) _____ / _____ / _____ 月 日 年	

私は、上記の情報が上記に記した学生の予防接種歴であることを証明します。

医師氏名 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\*入国できない場合は、入学日に入国予定日を記載してください。