

# Health Certificate (Part II)

Name \_\_\_\_\_  
First Name

\_\_\_\_\_ Last Name

Date of Admission \_\_\_\_\_  
M / D / Y

Date of Birth \_\_\_\_\_  
M / D / Y

## Immunization History (to be completed by physician)

● Fill out this sheet for **EITHER** 1. Antibody test result (Serologic proof of immunity) **OR** 2. Vaccination record. Partial combination of 1 and 2 is also acceptable.

● If completing 1, fill out the corresponding immunization status for ①~④ and D.

**Those with negative/equivocal test results, consult the physician for appropriate vaccination, and fill out 2 with new immunization data. For medical exemptions, a letter signed by a physician stating the medical condition that contraindicates vaccines must be submitted**

● If completing 2, fill out A or B1~B3, in addition to C and D based on the immunization record.

**Note that records of 2 doses are required.** Otherwise take the antibody tests (serological tests) to prove immunity and fill out 1 instead of 2.

1. ANTIBODY TEST RESULT (SEROLOGIC PROOF OF IMMUNITY)	
● Must be based on laboratory test results ● Check the appropriate box for IgG serologic test results ● Positive IgG serologic test results are required for ①~④	
① Measles	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
② Mumps	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
③ Rubella	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
④ Varicella	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal M / D / Y
<b>Tetanus</b> No serologic test available	<b>Vaccination required</b>

**OR**

2. VACCINATION RECORD		
MMR (Measles, Mumps, Rubella) 2 doses required	A	MMR #1 / M / D / Y    MMR #2 / M / D / Y OR Measles #1 / M / D / Y    Measles #2 / M / D / Y Mumps #1 / M / D / Y    Mumps #2 / M / D / Y Rubella #1 / M / D / Y    Rubella #2 / M / D / Y
	B1	Measles #1 / M / D / Y    Measles #2 / M / D / Y
	B2	Mumps #1 / M / D / Y    Mumps #2 / M / D / Y
	B3	Rubella #1 / M / D / Y    Rubella #2 / M / D / Y
Varicella 2 doses required	C	Varicella #1 / M / D / Y    Varicella #2 / M / D / Y
Tetanus	D	Tdap/Td Vaccination (Within the past 10 years) *Tetanus booster shot must be taken every 10 years. M / D / Y

I certify that the above information is an accurate record of this student's immunization history.

Name of Physician (Print Name) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Name of Medical Institution \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
M / D / Y

# 東京科学大学健康診断書 (Part II)

氏名 \_\_\_\_\_

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

## 予防接種履歴 (医師が作成すること)

● 1の抗体検査結果、または2の予防接種記録、もしくは1と2の組み合わせで記入してください。

● 1の場合は、①～④の抗体検査結果とDのワクチン接種日を記載してください。

※陽性の抗体価がない(免疫がない)場合は、医師に相談し適切な予防接種を受け、接種日を2に記入してください。

● 2の場合は、AかB-1～B3全て、とC、Dのワクチン接種日を記入してください。

ワクチン接種日の1回目、2回目の両方の記録が必須です。接種日が不明の場合は1の抗体検査結果を提出してください。

※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. 抗体検査結果	
●抗体検査結果に基づき書類を作成してください。 ●検査結果に該当するボックスにチェックを入れてください。 ●①～④の陽性抗体検査結果が必要です。	
①麻疹	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性/免疫不十分 _____ / _____ / _____ 検査日： 年 月 日
②ムンプス	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性/免疫不十分 _____ / _____ / _____ 検査日： 年 月 日
③風疹	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性/免疫不十分 _____ / _____ / _____ 検査日： 年 月 日
④水痘	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性/免疫不十分 _____ / _____ / _____ 検査日： 年 月 日
破傷風 <small>血清学的検査はありません</small>	ワクチン接種日 (D) を記入してください。

または

2. 予防接種記録			
MMR <small>(麻疹, ムンプス, 風疹) 2回の接種を終えていること</small>	A	MMR #1 _____/_____/_____ 年 月 日	MMR #2 _____/_____/_____ 年 月 日
	または		
	B1	麻疹 #1 _____/_____/_____ 年 月 日	麻疹 #2 _____/_____/_____ 年 月 日
	B2	ムンプス #1 _____/_____/_____ 年 月 日	ムンプス #2 _____/_____/_____ 年 月 日
	B3	風疹 #1 _____/_____/_____ 年 月 日	風疹 #2 _____/_____/_____ 年 月 日
水痘 <small>2回の接種を終えていること</small>	C	水痘 #1 _____/_____/_____ 年 月 日	水痘 #2 _____/_____/_____ 年 月 日
破傷風	D	破傷風単独/破傷風を含む混合ワクチン <small>(過去10年以内に追加接種したもの)</small> _____/_____/_____ 年 月 日	

私は、上記の情報が上記に記した学生の予防接種履歴であることを証明します。

医師氏名 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

日 付 (年/月/日) \_\_\_\_\_