＜麻しん＞接触者リスト　　医療機関名：　　接触者種別：　患者　・　医療従事者　・　その他

番号	接触者氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	連絡先（住所）	連絡方法（電話番号）	ワクチン接種歴		罹患歴		最終接触日	接触状況	抗体価
								回数	確認方法	有無	確認方法			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														