

感染症・予防接種チェックリスト

記載日 ____年__月__日

患者氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 ____年__月__日

・これまでに罹った感染症にチェックを入れ、その時期を記載してください

☐ 麻疹 ____年__月

☐ 風しん ____年__月

☐ 水痘（水ぼうそう） ____年__月

☐ おたふくかぜ（ムンプス） ____年__月

・これまでに打った予防接種にチェックを入れ、接種日を記載してください

	1 回目	2 回目
☐ 麻疹風しん混合（MR）	年 月 日	年 月 日
☐ 水痘	年 月 日	年 月 日
☐ おたふくかぜ	年 月 日	年 月 日

その他の予防接種歴は母子手帳をコピーし控えさせていただきます。

母子手帳をご持参ください。

2026/7/17 感染管理室