健康診断等の記録　　　　　　番号　　　　　　氏名

**１.　健 康 診 断**

　　　　受診日　：　平成　　　　　　年　　　　　月　　　　日

　　　　結　果　：

　　　　　＊　異常があった場合、以下にその後の処置･経過を記入

**２．疫 学 的 検 査 ･ 予 防 接 種**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 抗体検査項目 | 採取日 | 検査結果  判定 | ワクチン接種  必要の有無 | 要ワクチン判定後の予防接種年月日 | ワクチン接種後の  抗体検査実施日･結果 |
| HBs抗原 |  |  |  |  |  |
| HBs抗体 |  |  | 有　・　無 |  |  |
| 風疹 |  |  | 有　・　無 |  |  |
| 麻疹 |  |  | 有　・　無 |  |  |
| 水痘 |  |  | 有　・　無 |  |  |
| ムンプス |  |  | 有　・　無 |  |  |
| その他  （　　　　　） |  |  |  |  |  |

＊冬季に実習する者：インフルエンザの予防接種（ 　　年　 　月　　日接種 ）

**３．加 入 保 険 の 記 録**

･　学生教育研究災害傷害保険　　　　　　　（　　加入　　･　　　未加入　　）

･　学生総合共済（大学生協）　　　　　　　（　　加入　　･　　　未加入　　）

･　学生賠償責任保険（大学生協）　　　　　（　　加入　　･　　　未加入　　）

備考欄