

【ワクチン接種証明書類提出のお願い】

ワクチン接種を証明する書類は、予診票・領収書・診療明細書・母子健康手帳・ワクチン接種済証などがあります。

ワクチン接種が終了しましたら、必ず医療機関で

証明書類に下記①～④が記載されているかを確認してください。

①氏名 ②ワクチン名 ③接種日 ④医療機関名

・記載されていない項目がある場合は、医療機関で記載と押印を
いただいでください。（学生本人の直筆は不可です）

※この情報は、大学が発行する「感染症検査結果・予防接種歴等証明書」に反映されます。
1つでも記載されていない場合は受付できませんので、不備の無いようにしてください。

【提出方法】

・証明書類の余白に学籍番号を記入して下さい。

・氏名・ワクチン名・接種日・医療機関名が確認できるように

写真撮影をし、メールに添付し医務室に送ってください。

- * 画像は医務室で印刷・保管しますので、証明書類のみが入るように撮影し送付してください。（机やテーブル等の風景は入らないようにしてください）
- * ワクチン接種1回毎に1週間以内に提出してください。
- * 証明書類等に不備がある場合には返信メールをお送りしますので、証明書類送付後は必ずメールを確認し対応してください。
- * 登校時に医務室に証明書類のコピーを提出してもかまいません。
- * 原本は母子手帳等に入れ、大切に保管してください。

医務室

☎ 043-236-1109（直通）

✉ imu01@affrs.tuis.ac.jp

ワクチン接種証明書類提出方法



ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

診察前の体温 36 度 6 分

住 所	千葉県千葉市若葉区御成台4-1	TEL (043) 236 - 1109
フリガナ	シヨウホウ ハナコ	
受ける人の氏名	情報 花子	男・女
(保護者の氏名)		生年 明治 12 年 9 月 21日生 月日 昭和 平成 (20 歳 1 ヵ月)

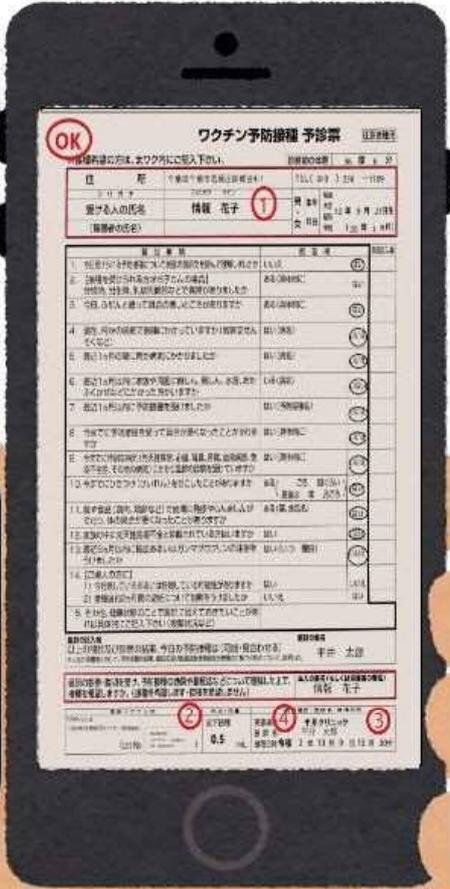
質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について表面の説明文を読んで理解しましたか	いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい
2. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	<input type="radio"/> はい
3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	<input checked="" type="radio"/> はい
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)	はい(病名)	<input checked="" type="radio"/> はい
5. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	<input checked="" type="radio"/> はい
6. 最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	<input type="radio"/> はい
7. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	<input checked="" type="radio"/> はい
8. 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい(具体的に)	<input checked="" type="radio"/> はい
9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか	はい(具体的に)	<input checked="" type="radio"/> はい
10. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある(ころ 回くらい) (最後は 年 月 ころ)	<input checked="" type="radio"/> はい
11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんが でたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬、食品名)	<input type="radio"/> はい
12. 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	<input checked="" type="radio"/> はい
13. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を うけましたか	はい(いつ 理由)	<input checked="" type="radio"/> はい
14. 【ご婦人の方に】 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか 2) 接種後約2ヵ月間の避妊について説明をうけましたか	はい いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> はい
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあ れば具体的に記入下さい(投薬状況など)		

医師の記入欄	医師の署名
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人及び保護者に対して、予防接種の結果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく技術について、説明した。	平井 太郎

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名) 情報 花子
--	----------------------------

使用ワクチン名	用法・用量	場所・医師名・接種日時
ペプシボタス-II (組み換えワクチン製ワクチン(凍結由来)) Mitsubishi Pharmaceuticals (Lot No.)	皮下接種 0.5 mL	実施場: 平井クリニック 医師名: 平井 太郎 接種日時: 令和 3 年 10 月 9 日 13 時 30分

証明書類は
画面いっぱい
撮影してください。



その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufac- turer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
B型肝炎ワクチン	2021.10.9	HB kmb Y116L Exp 2022.4.21	情報大 クリニック	左0.5ml
B型肝炎ワクチン	2021.11.10	HB kmb 116L Exp 2022.6.21	情報大 クリニック	左0.5ml
B型肝炎ワクチン	2022.4.15	HB Kmb Y121L Exp 2023.5.30	情報大 クリニック	左0.5ml

OK

K16002 情報 太郎

(別紙様式1)

(医科診療報酬の例)

領 収 証

OK

氏 名 **1**
 情報 花子 様

請求期間 (入院の場合)
 年 月 日 ~ 年 月 日

受診科 入・外 領収書No. 発行日 **2** 費用区分 負担割合 本・家 区分
 令和3年9月8日

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外負担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)
		5500

	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
合 計	円	円	5500 円
負担額	円	円	5500 円
領収額合計	5500		円 3

手書きの場合のみ
 押印していただく

労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

B型肝炎予防接種代として **4** **印**

東京都〇〇区〇〇
 〇〇〇病院

東京情報大学付属病院
 領収印
 043-236-1109 **3**

OK 領 収 証 情報 花子 **1** 様 No. _____

手書きの場合は押印していただく

¥ 7,000

予防接種 B型肝炎ワクチン **印** **2**

令和3年 9月16日 上記正に領収いたしました

内訳	税率	金額(税込/税込)
	%	消費税額等
税率	金額(税込/税込)	
	%	消費税額等

4

〒265-8501 千葉市若葉区御成台4-1

東京情報大学病院

TEL 043-236-1109 **3**

収入印紙

不備

画像が
よく見えません。
印刷するとさらに
不鮮明になります。

OK ワクチン接種記録 予約票

氏名	性別	年齢	接種回数	接種日	接種場所
山田 太郎	男	25	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 花子	女	22	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 一郎	男	20	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 美咲	女	18	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 健太	男	15	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 明日香	女	12	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 拓海	男	10	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 結衣	女	8	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 悠太	男	6	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 莉子	女	4	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 大輔	男	3	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 小百合	女	2	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇
山田 誠也	男	1	1	2023.01.15	〇〇〇〇〇〇

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時				
ハプタボックス-II (組み換え沈降B型肝炎ワクチン (酵母由来)) (Lot No. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>MSD株式会社</td> <td>ハプタボックス R0148280</td> </tr> <tr> <td>B肝</td> <td>Exp2022.10.21</td> </tr> </table>)	MSD株式会社	ハプタボックス R0148280	B肝	Exp2022.10.21	皮下接種 0.5 mL	実施場所: 平井クリニック 医師名: 情報 太郎 接種日時: 令和 3 年 12 月 6 日 15 時 15 分
MSD株式会社	ハプタボックス R0148280					
B肝	Exp2022.10.21					

本人名が書かれていない

不備

(別紙様式1) (医科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)
1111	情報 太郎 様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			令和3年9月16日				

初・再診料	入院料等	薬学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投 薬
点	点	点	点	点	点	点
注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
点	点	点	点	点	点	点
調剤診療	検体検分費(DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円			

保険外負担	保険	保険 (食事・生活)	保険外負担								
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>診察費・通院費</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5500</td> </tr> <tr> <td>(内訳)</td> <td>(内訳)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	診察費・通院費	その他		5500	(内訳)	(内訳)					
診察費・通院費	その他										
	5500										
(内訳)	(内訳)										
	合計	円	円 5500 円								
	負担額	円	円 5500 円								
	領収額合計		円 5500 円								

不備

ワクチン名なし

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 東京情報大学病院
 043-236-1109