

集団予防接種等に関する陳述書

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

陳述者氏名 _____ 印 _____

一次感染者との続柄 (_____)

一次感染者氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

- 一次感染者が集団予防接種等を受けた年齢 (_____) 歳頃
- 一次感染者が集団予防接種等を受けた場所 (具体的な施設名 _____)
- 受けた記憶のある集団予防接種等について該当するもの (複数回答可)
 - ツベルクリン反応・BCG
 - シフテリア、百日咳 (2種混合, 3種混合含む)
 - 種痘
 - 腸チフス・パラチフス
 - そのほか (_____)
- そのほかに一次感染者の集団予防接種等について記憶していること等

