

Immunization History Form

The Student Health Center at J. F. Oberlin University requires all newly enrolled students to provide documentation showing that their immunizations against Measles, Rubella, and Chickenpox are up-to-date. **This form must be completed by a physician** and be submitted to J. F. Oberlin University along with other application documents.

櫻美林大学保健衛生支援室要求所有新入学的留学生提供就近的麻疹，风疹和水痘等疫苗接种证明。此表格必须由医疗服务人员填写，并与其他留学申请材料一同提交到櫻美林大学。（麻疹・風しん・水痘の予防接種を必ず受け、この医師による証明書を提出してください）

Student name(Please Print) :

学生姓名:

Last: _____ First: _____ Middle: _____

Date of Birth: _____ Gender: _____

Required Immunizations for ALL students: Measles and Rubella Please choose A-1 or A-2

所有学生必须接受的疫苗接种: 麻疹和风疹。(全ての学生に必要な予防接種: 麻しんと風しん)

A: MR(Measles & Rubella) x 2doses or MMR(Measles & Mumps & Rubella) x 2doses
or Measles x 2doses & Rubella x 2doses

Please write the date you received an MR immunizations on the left OR the date you received an MMR immunizations on the right. (MR:麻疹+風疹ワクチンの接種日は左に、MMR:麻疹+風疹+おたふくかぜワクチンの接種日は右に記入してください。)

MRワクチンを2回接種、またはMMRワクチンを2回接種、または麻疹ワクチン・風疹ワクチンを2回づつ接種のいずれかが必要。

MR #1 / /	or	Measles #1 / /
or		
MMR #1 / /		Measles #2 / /
MR #2 / /		Rubella #1 / /
or		
MMR #2 / /		Rubella #2 / /

Required Immunizations for ALL students: Chickenpox

所有学生必须接受的疫苗接种: 水痘 (全ての学生に必要な予防接種: 水痘)

B: Chickenpox x 2 doses / test date

Chickenpox #1 / /
Chickenpox #2 / /

C: If you have no immunization(s) record or are currently affected, please take an Antibody Test and attach the result of the test. If the result shows that you do not have an antibody(ies), please receive an immunization(s) and write down the date you received on A: and B:.

无接种记录或正被感染上述疾患，请提供抗体检查报告。检查结果无抗体者，请实施相应接种并于上述A・B栏填写接种日期。（接種記録のない人、罹患している人は抗体検査を受け検査結果を添付してください。抗体のない人は接種を受け接種日をA・Bに記載してください。）

Measles 麻しん Antibody Test Date / /
Rubella 風しん Antibody Test Date / /
Chickenpox 水痘 Antibody Test Date / /

If you cannot receive immunizations , please state the reasons.

如果无法接受上述疫苗接种时，请填写其理由。（予防接種を受けることができない場合は、その理由を記入してください）

Provider verification: To the best of my knowledge, the above information is accurate:

本人声明:据我所知，上述信息均正确。（上記内容を証明します）

Physician's signature: _____ Date: _____

Name and address of clinic: _____