

各種感染症におけるワクチン接種または抗体保有調査書

提出用

(福祉健康科学部理学療法コース用)

本人記入欄 (黒ボールペンで記載してください。)

コース名	学 年	学籍番号 (入学後記入)	連絡先 (できれば携帯番号を記入してください。)
理学療法コース	1 年		
フリガナ	生 年 月 日		年 齢
氏 名	西暦 年 月 日		歳

医療機関 ご担当先生

大学入学後の臨床実習にあたり、各種感染症におけるワクチン接種、または抗体保有状況の確認が必要となりますので、以下についてご対応をお願いいたします。

1. B型肝炎

指定の方法にて検査を実施してください。接種歴がある場合は日付も記載してください。なお、入学までにワクチン接種が完了しない場合は、引き続き医療機関にて接種となりますが、接種状況確認のため、一度新入生ガイダンス時に提出してもらいます。接種状況を確認し、再度案内いたします。

検査項目	検 査 日 西暦/月/日	検 査 方 法	検査値	ワクチン接種日 西暦/月/日
HBs抗原	/ /	定量または定性		① / / ② / / ③ / /
HBs抗体	/ /	CLIAまたは CLEIA		
備考				

2. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

母子手帳を確認し、それぞれのワクチン接種日をご記載ください。それぞれ2回接種となるよう追加接種をお願いします。母子手帳の紛失等で接種歴の確認が困難な場合は、2回接種を行うか、抗体価を測定し、別紙資料1表1を参考に、可能な限りワクチン接種をお願いします。「罹患した」という記載は証明になりませんので同様のご対応をお願いいたします。

項 目	ワクチン接種日 西暦/月/日	抗体価検査日 西暦/月/日	検査値	検査方法	本学の基準		
					陰性 2回追加	基準未満 1回追加	陽性 追加なし
麻 疹	① / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 16未満	16以上
	② / /						
風 疹	① / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 8未満	8以上
	② / /						
水 痘	① / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 4未満	4以上
	② / /						
流行性耳下腺炎	① / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 4未満	4以上
	② / /						

☐ 抗体陽性基準を満たしていませんでしたが、下記の理由のためワクチンを接種していません。

理由

上記のとおり相違ないことを証明する。

西暦 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話

医 師 名

印