

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

(医学部・医学系研究科用)

本人記入欄 (黒ボールペンで記載してください。)

学 科 等 (該当に○を記入)	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。)
医学科 看護学科 先進医療科学科 大学院 (医修 看修 博士)	1 年	2000001	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
フリガナ オオイタ タロウ	生 年 月 日	年 齢	
氏 名 大分 太郎	西暦 2000 年 1 月 1 日	19 歳	
ワクチン接種が完了していない場合、大学での接種を希望しますか？しない場合は理由も記入してください。 ☒ する (☒ B 型肝炎 ☒ 麻疹風疹・水痘・流行性耳下腺炎) ☐ しない			

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。また、母子手帳等にて接種歴がある場合は日付をご記載ください。検査は全員受けてください。入学前の B 型肝炎のワクチン接種は不要です。

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
H B s 抗原	2019 / 1 / 15	定量または定性	陰性	① / / ② / / ③ / /
H B s 抗体	2019 / 1 / 15	C L I A または C L E I A	2.5 未満	
備考				

2. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

母子手帳等を確認し、それぞれのワクチン接種日をご記載ください。また、それぞれ 2 回の接種が完了するように、追加接種をお願いします。母子手帳等の紛失で確認が困難な場合や、罹患したため接種を受けていない場合は、2 回接種を行うか、または、指定の検査方法で抗体価を測定し、資料 1 や裏面 表 1 を参考に追加接種のご対応をお願いします。

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 2000 / 2 / 3 ② / /	/ /		EIA (IgG)	2 未満	2 以上 16 未満	16 以上
風 疹	① 2001 / 2 / 5 ② / /	/ /		EIA (IgG)	2 未満	2 以上 8 未満	8 以上
MR 麻疹風疹混合	① 2010 / 5 / 5 ② / /	※MR ワクチンは麻疹風疹を各 1 回とカウント してください。					
水 痘	① 2021 / 1 / 12 ② / /	2020 / 12 / 10	3.5	EIA (IgG)	2 未満	2 以上 4 未満	4 以上
流行性耳下腺炎 おたふくかぜ	① / / ② / /	2020 / 12 / 10	5.6	EIA (IgG)	2 未満	2 以上 4 未満	4 以上

上記のとおり相違ないことを証明する。

西暦 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

医療機関名 〇〇〇〇病院

所 在 地 〇〇市 〇〇町 1-1

電 話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

医 師 名 〇〇〇〇

印