

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

(福祉健康科学研究科 臨床心理学コース用)

本人記入欄 (黒ボールペンで記載してください。)

コース名		学籍番号 (入学後記入)		連絡先 (携帯番号)	
臨床心理学コース					
フリガナ		生 年 月 日		年 齢	
氏 名		西暦 年 月 日		歳	
項 目	1回目ワクチン接種日 (西暦/月/日)		2回目ワクチン接種日 (西暦/月/日)		
麻 疹	①		②		
風 疹	①		②		
水 痘	①		②		
流行性耳下腺炎	①		②		

※上記4種ワクチン接種が2回ずつ全てできている方は、母子手帳の該当ページをA4サイズで印刷し、4種ワクチンにマーカーをつけて提出すれば終了です。2回ずつの接種ができていない方は、医療機関を受診してください。

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。母子手帳を確認し、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、**EIA (IgG) 法**で抗体価を測定し下記**本学の基準**を参考に、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