

(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 ( 看修 博士 )	年			
フリガナ	生 年 月 日		年 齢	
氏 名	西 暦 年 月 日		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

以下2項目について、指定の方法にて全員検査を実施してください。また、母子手帳等に接種歴がある場合は日付をご記載ください。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
HBs抗原	/ /	定量または定性		① / / ② / /
HBs抗体	/ /	CLIAまたは CLEIA		③ / /

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を参考に必要時追加接種をしていただき、接種日の記載をお願いします。

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 / / ② / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 16未満	16以上
風 疹	① / / ② / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 8未満	8以上
MR (麻疹風疹混合)	① / / 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 / / ② / /	/ /		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 / /	/ /		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 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話

医 師 名

印