

福祉健康科学部理学療法コースに合格された皆様

—各種感染症予防のためのワクチン接種または抗体保有状況の調査について—

大分大学保健管理センター

合格おめでとうございます。

合格された皆様におかれましては、入学後、各々の目標達成を目指して勉学に励まれ、卒業後は、社会のニーズに応える優秀な人材として貢献されることを期待しています。

医療系学部の特徴として、学生時代から、学内外の医療機関および各施設で患者さんに接する実習に参加することは、教育上、非常に重要な役割を占めています。その際、自分自身を各種感染症から守らなければならないのと同時に、患者さんに対して感染症を拡げてしまうようなことがあってはなりません。特に免疫機能が低下している患者さんの場合には、その方の生命の危機をもたらす可能性があります。また、最近の実習先の医療機関や施設から各種感染症に対する抗体の有無の報告を求められる場合もあります。

以上のことから、入学後、安心して実習に参加し、かつ教育効果を上げるため、入学までに麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、B型肝炎において、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を医療機関にて記載していただき、ご提出ください。なお、副作用などの関係で医師より接種困難と判断された場合は接種を控え、その理由を調査書の欄外に記載してください。

ウイルス抗体検査及びワクチン接種に要する費用については、学生の皆様の個人負担となりますのでご了解ください。

【提出期限】

- ・ **新入生ガイダンス時** 進捗状況を確認します。途中経過で良いですので必ず提出してください。

【提出書類】

- ・ 「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」（以下、調査書）
- ・ 母子手帳などの証明できる書類のコピー
※コピー用紙のサイズは **A4サイズで統一し**、**該当するワクチン接種日すべてにマーカーを引いて**調査書の左上の部分にホッチキスで留めてください。

【注意事項】

- ・ 抗体検査やワクチン接種は時間を要しますので、**医療機関には早めに受診するように**してください。
- ・ 医療機関には**母子手帳等の証明できる書類**と調査書、調査書記入例等を持参してください。
- ・ 入学までにワクチン接種が完了しなかった場合は、入学後引き続き医療機関にて接種となります。県外から入学される方には近隣の医療機関も併せて個別にご案内します。**可能な限り不足分のワクチン接種をしてきてください。**
- ・ **母子手帳を紛失した方**→抗体検査を受けてください。
- ・ **2回接種歴がないが、かかったことがあるためワクチン接種をしていない方**→抗体検査もしくは追加でワクチン接種をしてください。

*QRコードを読み取り、Q&Aも参考にしてください。



大分大学保健管理センター

TEL:097-554-7477

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

記入例

(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 (携帯番号)	
理学療法コース	1年	2100001	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

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	2020 / 12 / 10	定量または定性	陰性	① 2021 / 1 / 18 ② 2021 / 2 / 18
HBs抗体	2020 / 12 / 10	CLIAまたは CLEIA	10.0未満	③ / /
備考 3回目は2021/7/16接種予定のため、接種していません。				

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、下記本学の基準を参考に、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 2010 / 5 / 5	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 16未満	16以上
風疹	① 2001 / 2 / 5 ② 2010 / 5 / 5	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 8未満	8以上
水痘	① 2020 / 12 / 18 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	① / / ② / /	2020 / 12 / 10	5.6	EIA (IgG)	2未満	2以上 4未満	4以上

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 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

医療機関名 〇〇〇〇クリニック

所在地 〇〇市 〇〇町 1-1

電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

医師名 〇〇〇〇

印

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 (携帯番号)	
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 / /
HBs抗体	/ /	CLIAまたは CLEIA		③ / /
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、下記本学の基準を参考に、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