

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・提出書類】

- ・ **1回目提出期間：4/1～4/8 まで**

1回目提出用

進捗状況を確認します。途中経過で良いですので

「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①と提出用②を写真に撮り、**右記 QR コードから提出してください。**



後期日程で合格した方は、少なくとも B 型肝炎の抗原・抗体検査を受け（結果は後日提出で可）、医療機関でワクチン接種歴を記入してもらったものを提出してください。

フォームに入力されたメールアドレスに保健管理センターから返信をしますので、必ず確認してください。

- ・ **最終提出期限：12月末まで**

完了後「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①、提出用②の**原本を学務係に提出**

【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、**医療機関にはすぐ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。事前に電話で問い合わせからの受診をお勧めします。
- ・ 県外から入学される方で医療機関がわからない場合は保健管理センターにお問い合わせください。
- ・ **母子手帳を紛失した方**→市町村や医療機関に問い合わせ、わからなければ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

提出用①

(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	入学後に記入してください	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 20〇〇 年 〇 月 〇 日	〇〇歳

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、B型肝炎、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎についてご対応をお願いいたします。

1. B型肝炎

- ①指定の方法にて、ワクチン接種前に HB s 抗原・抗体検査をしてください。
②検査値が HBs 抗原 (一) 抗体価が 10 mIU/mL 未満の場合は、B型肝炎ワクチンを3回接種してください。
③3回のワクチン接種1か月後、HB s 抗体検査をお願いします。
④アレルギー等でワクチン接種ができない場合は、接種せず理由を記入するようお願いいたします。

ワクチン接種前	検 査 日 西暦/月/日	検 査 方 法	検 査 値
HB s 抗原	2026 / 3 / 10	定量または定性	陰性
HB s 抗体	2026 / 3 / 10	CLIAまたは CLEIA	10.0 未満

ワクチン接種日 (西暦/月/日)	ロットシール貼付
① 2026 / 3 / 18	
② / /	
③ / /	

ワクチン接種1か月後	検 査 日 西暦/月/日	検 査 方 法	検 査 値
HB s 抗体	/ /	CLIAまたは CLEIA	

※医療機関名の記載と実施項目にチェックをお願いいたします。入学後に医療機関が変わった場合は、②に記載してください。

西暦 〇〇〇〇年 〇〇 月 〇〇 日	
①医療機関名	〇〇クリニック
所 在 地	〇〇市〇〇
電 話	097-〇〇〇-〇〇〇〇
医 師 名	署名
以下実施済みにチェックをお願いします。	
☒ ワクチン接種前抗原抗体検査	
☒ 1回目ワクチン接種	☐ 2回目ワクチン接種
☐ 3回目ワクチン接種	☐ ワクチン接種1か月後 抗体検査

西暦 年 月 日	
②医療機関名	
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
以下実施済みにチェックをお願いします。	
☐ ワクチン接種前抗原抗体検査	
☐ 1回目ワクチン接種	☐ 2回目ワクチン接種
☐ 3回目ワクチン接種	☐ ワクチン接種1か月後 抗体検査

裏面に続く

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入ください。それぞれ2回接種となるよう不足分は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（必要時追加接種日） 西暦/月/日	
麻疹・風疹 (MR)	① 2000 / 2 / 3 (麻疹) 2001 / 2 / 5 (風疹)	② 2010 / 5 / 5 (MR)
水 痘	① 2026 / 3 / 18 (追加接種)	② / /
流行性耳下腺炎	① / /	② / /

※それぞれ2回ずつ接種できている場合は、以下の抗体検査をする必要はありません。

	抗体検査日 西暦/月/日	検査 方法	検査値	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	/ /	EIA (IgG)	/	2未満	2以上16未満	16以上
風 疹	/ /	EIA (IgG)	/	2未満	2以上8未満	8以上
水 痘	2026/3/10	EIA (IgG)	3.5	2未満	2以上4未満	4以上
流行性耳下腺炎	2026/3/10	EIA (IgG)	4	2未満	2以上4未満	4以上

※医療機関名の記載をお願いいたします。入学後に医療機関が変わった場合は、②に記載してください。

西暦 ○○○○年 ○○ 月 ○○ 日	
①医療機関名	○○クリニック ○○市○○ 097-○○○-○○○○ 署名
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
備考欄（ワクチン接種ができない場合は、理由などを記入してください）	

西暦 年 月 日	
②医療機関名	
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
備考欄（ワクチン接種ができない場合は、理由などを記入してください）	

◆入学予定者各位

①4/1～4/8の期間にこの用紙（提出用①と②）を写真に撮り、右記QRコードから提出すること
（進捗状況確認のため、出来ているところまでで可）

②完了後は学務係に提出すること（最終締め切り12月末）

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①

(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、B型肝炎、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎についてご対応をお願いいたします。

1. B型肝炎

- ①指定の方法にて、ワクチン接種前に HB s 抗原・抗体検査をしてください。
②検査値が HBs 抗原 (一) 抗体価が 10 mIU/mL 未満の場合は、B型肝炎ワクチンを3回接種してください。
③3回のワクチン接種1か月後、HB s 抗体検査をお願いします。
④アレルギー等でワクチン接種ができない場合は、接種せず理由を記入するようお願いいたします。

ワクチン接種前	検 査 日 西暦/月/日	検 査 方 法	検 査 値
HB s 抗原	/ /	定量または定性	
HB s 抗体	/ /	CLIAまたは CLEIA	

ワクチン接種日 (西暦/月/日)	ロットシール貼付
① / /	
② / /	
③ / /	

ワクチン接種1か月後	検 査 日 西暦/月/日	検 査 方 法	検 査 値
HB s 抗体	/ /	CLIAまたは CLEIA	

※医療機関名の記載と実施項目にチェックをお願いいたします。入学後に医療機関が変わった場合は、②に記載してください。

西暦 年 月 日	
①医療機関名	
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
以下実施済みにチェックをお願いします。	
☐ ワクチン接種前抗原抗体検査	
☐ 1回目ワクチン接種	☐ 2回目ワクチン接種
☐ 3回目ワクチン接種	☐ ワクチン接種1か月後 抗体検査

西暦 年 月 日	
②医療機関名	
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
以下実施済みにチェックをお願いします。	
☐ ワクチン接種前抗原抗体検査	
☐ 1回目ワクチン接種	☐ 2回目ワクチン接種
☐ 3回目ワクチン接種	☐ ワクチン接種1か月後 抗体検査

裏面に続く

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入ください。それぞれ2回接種となるよう不足分は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（必要時追加接種日） 西暦/月/日	
麻疹・風疹 (MR)	① / /	② / /
水 痘	① / /	② / /
流行性耳下腺炎	① / /	② / /

※それぞれ2回ずつ接種できている場合は、以下の抗体検査をする必要はありません。

	抗体検査日 西暦/月/日	検査 方法	検査値	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		EIA (IgG)		2未満	2以上16未満	16以上
風 疹		EIA (IgG)		2未満	2以上8未満	8以上
水 痘		EIA (IgG)		2未満	2以上4未満	4以上
流行性耳下腺炎		EIA (IgG)		2未満	2以上4未満	4以上

※医療機関名の記載をお願いいたします。入学後に医療機関が変わった場合は、②に記載してください。

西暦 年 月 日	
①医療機関名	
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
備考欄（ワクチン接種ができない場合は、理由などを記入してください）	

西暦 年 月 日	
②医療機関名	
所 在 地	
電 話	
医 師 名	
備考欄（ワクチン接種ができない場合は、理由などを記入してください）	

◆入学予定者各位

①4/1～4/8の期間にこの用紙（提出用①と②）を写真に撮り、右記QRコードから提出すること（進捗状況確認のため、出来ているところまでで可）

②完了後は学務係に用紙を提出すること（最終締め切り12月末）

I 回目提出用

