

大分大学医学部及び医学系研究科に合格された皆様

—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直接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、最近は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、実際に大分大学では7～8月に医療機関での実習が組まれておりその際に必要となります。

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、資料1を参考に、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）に、医療機関にて必要事項を記入していただいた上、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。

ウイルス抗体価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】

- ・ 入学後の新入生オリエンテーション時に、途中経過でも良い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」
- ・ 母子手帳などの予防接種記録がわかるページのコピー（コピー用紙はA4サイズで統一し右上に氏名を記入ください。該当する接種日にマーカーを引き、調査書と一緒に左上をホッチキス留めしてください。）

【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。
- ・ 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎のワクチンについては、可能な限り入学前に接種を完了してください。ワクチンが入手困難等で接種を受けられない場合は、検査を受けてください。
- ・ B型肝炎については、検査のみ実施していただき、ワクチン接種は入学後に大学にて実施いたします。

※入学までに麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎ワクチンの接種が間に合わなかった場合は、入学後、保健管理センターよりご案内しますが、実習において配慮が必要な可能性もあります。

- ・ 大分大学医学部を卒業予定の方または既卒の方は、在学中に確認していますので、「大分大学医学部既卒生用申請フォーム」から問い合わせてください。

本件につきましてお問い合わせがありましたら、下記までご連絡ください。
またよくあるご質問についてQ&Aとしてまとめておりますので、
QRコードからご参照ください。



医療機関にて別紙調査書を記入していただいでください。

医療機関には本用紙と調査書、母子手帳などを持参してください。

1. B型肝炎について

- ・ 全員医療機関にて、HBs 抗原・HBs 抗体検査を受けてください。接種歴がある方は、日付も記入していただいでください。ワクチン接種については入学後にご案内します。

2. 麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜについて

- ・ 入学までに、図 1 フローチャートに沿って対応してください。
- ・ MR ワクチンは麻疹風疹混合ワクチンのことです。MR ワクチンを 1 回受けている場合、麻疹と風疹のワクチンをそれぞれ 1 回受けていることになります。
- ・ 母子手帳を紛失し予防接種の記録が不明な場合は、図 1 フローチャートの C または D にて対応してください。

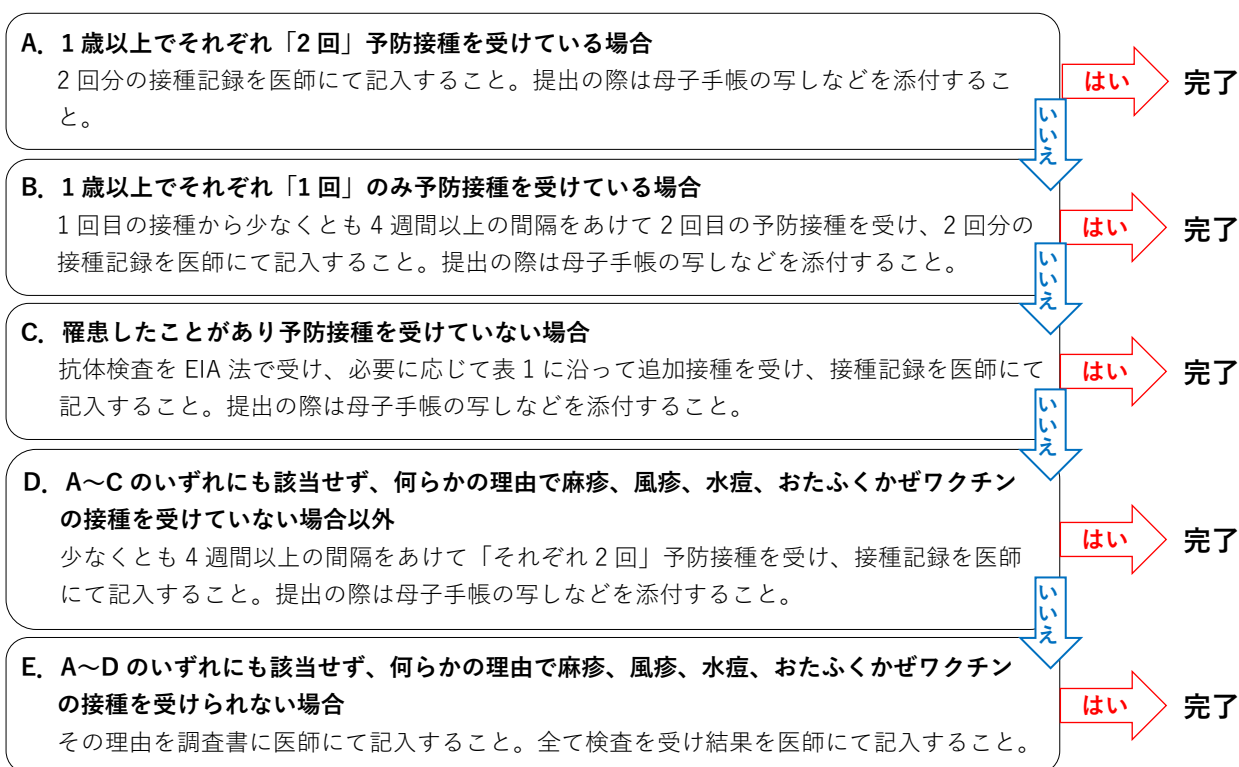


図 1 フローチャート

表 1 抗体価を測定した際の判定基準とワクチン接種回数について

疾患名など	検査方法	あと 2 回の 予防接種が必要	あと 1 回の 予防接種が必要	今すぐの 予防接種は不要
麻 疹	EIA (IgG)	2.0 未満	2.0 以上 16 未満	16.0 以上
風 疹	EIA (IgG)	2.0 未満	2.0 以上 8 未満	8.0 以上
水 痘	EIA (IgG)	2.0 未満	2.0 以上 4.0 未満	4.0 以上
流行性耳下腺炎 おたふくかぜ	EIA (IgG)	2.0 未満	2 以上 4.0 未満	4.0 以上

※本学における基準

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。)
医学部 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。 <input type="checkbox"/> する (<input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹・水痘・流行性耳下腺炎) <input checked="" type="checkbox"/> しない 治療中の疾患 (〇〇) のため、ワクチンを接種できない			

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
HBs 抗原	2019 / 1 / 15	定量または定性	陰性	① / / ② / / ③ / /
HBs 抗体	2019 / 1 / 15	CLIA または CLEIA	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」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。また、ワクチンが入手困難な場合は、検査を行ってください。

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 / 3 / 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

☐ 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

医 師 名 〇〇〇〇

印

(医学部・医学系研究科用)

本人記入欄 (黒ボールペンで記入してください。)

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。 <input type="checkbox"/> する (<input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹・水痘・流行性耳下腺炎) <input type="checkbox"/> 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入ください。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 / /
備考欄				

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入ください。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」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。また、ワクチンが入手困難な場合は、検査を行ってください。

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 / /	/ /		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 / /						
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 / /	/ /		EIA (IgG)	2未満	2以上 4未満	4以上
	② / /						
流行性耳下腺炎 おたふくかぜ	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

健康診断書
CERTIFICATE OF HEALTH

医師へ：日本語又は英語により明瞭に記載してください。
To Physician: Please fill out clearly in Japanese or English.

氏名 _____
Name: Family name, First name Middle name

☐ 男 Male
☐ 女 Female

生年月日 _____
Date of Birth: _____

年齢 _____
Age: _____

1. 自覚症状の有無

Subjective symptoms ☐ 有 Yes ☐ 無 No

「有」であれば、症状を記述して下さい。（例：咯血、血痰、長引く咳、長引く発熱、ひどい嘔吐や下痢等）

If "Yes", please describe applicant's symptoms. (e.g. hemoptysis, hemospitum, lingering cough, prolonged fever, terrible vomiting or diarrhea and so on.)

2. 身体検査

Physical Examinations

(ア) 身長

Height _____ cm (ft in)

体重

Weight _____ kg (lb)

(イ) 血圧

Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg

脈拍数

Pulse rate _____ /min

☐ 整 regular

☐ 不整 irregular

(ウ) 視力

裸眼視力 uncorrected

右 right _____

左 left _____

Eyesight

矯正視力 corrected

右 right _____

左 left _____

(エ) 聴力

☐ 正常 normal

言語 ☐ 正常 normal

Hearing

☐ 低下 impaired

speech ☐ 低下 impaired

3. 胸部X線所見

申請者の胸部についてX線検査の結果を記入してください。（6ヶ月以上前の検査は無効）

Please describe the result of X-ray examinations of applicant's chest x-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid.)

Chest X-ray findings ☐ 特記事項なし nothing particular ☐ 異常あり irregular finding(s)

呼吸器系の異常があれば記述してください。

Please describe below any irregular finding(s) in the applicants respiratory organs:

4. 既往症：既往症があれば書いてください。（例：入院歴、主な手術、結核罹患歴等）

Past history: Please describe applicant's medical history, if any (e.g. hospitalization, major operation, tuberculosis disease and so on.)

家族歴：家族の中で現在または過去に結核の人がいましたら書いてください。（例：父が1か月前より結核で加療中）

Familial history: Please describe applicant's familial history of tuberculosis, in the present or the past, (e.g. Father has been under medical treatment for tuberculosis from 1 month ago.)

5. 診断医の印象を述べてください。

Please describe your impression.

6. 総合所見：以上を総合して、志願者が外国において一年間の学業をするのに十分な健康状態であると考えられますか？

Overall condition: Above taken together, is the general state of his/her health status good enough for him/her to pursue the course of study for a year in a foreign country?

☐ はい yes ☐ いいえ no

日付 _____
Date: _____

署名

Signature

医師氏名

Physician's Name in Print: _____

所属機関

Office / Institution: _____

所在地

Address: _____