金沢大学養護教諭特別別科入学者
予防接種及び抗体検査等調査票

養護教諭特別別科生は、演習や養護実習のために、県内の小中学校を訪れ、児童生徒と接する機会が多くあります。こうした実習等に、ウイルス感染症に対する免疫が十分でないまま出席すると、実習中に自らが感染症にかかったり、感染源となって児童生徒に感染を広げたりする危険性があります。

そのため、養護教諭特別別科では、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、B型肝炎ウイルス、結核の免疫状態を、入学前に入学生自身が確認し、免疫が十分でない場合には、ワクチン接種を受けることを推奨しています。(抗体検査やワクチン接種等を受ける場合、費用は自己負担となります。)

については、以下に示す基準により各自が抗体の有無を確認し、必要事項を記入のうえ、入学オリエンテーションの日
に提出してください。なお、提出後、必要に応じて根拠資料等の追加提出を求める場合があります。**記入の際は、必ず
母子手帳等でよく確認してください。**

	記入年月日	年	月	日
ふりがな				
氏名 (自署)	生年月日 (西暦)	年	月	日
次の6項目について、以下の基準を参考にどちらかを☑してください。				
麻疹	☐ 母子手帳等で抗体基準を満たしていることを確認しました。 ☐ 抗体基準を満たしていない、または不明のため、入学までに抗体基準を満たすことを確認します。			
風疹	☐ 母子手帳等で抗体基準を満たしていることを確認しました。 ☐ 抗体基準を満たしていない、または不明のため、入学までに抗体基準を満たすことを確認します。			
水痘	☐ 母子手帳等で抗体基準を満たしていることを確認しました。 ☐ 抗体基準を満たしていない、または不明のため、入学までに抗体基準を満たすことを確認します。			
流行性耳下腺炎(おたふく)	☐ 母子手帳等で抗体基準を満たしていることを確認しました。 ☐ 抗体基準を満たしていない、または不明のため、入学までに抗体基準を満たすことを確認します。			
B型肝炎	☐ 母子手帳等で抗体基準を満たしていることを確認しました。 ☐ 抗体基準を満たしていない、または不明のため、入学までに抗体基準を満たすことを確認します。			
結核	☐ 記入日から1年以内に胸部X線検査を受け、異常がないことを確認しました。 ☐ 入学までに異常がないことを確認します。			

	抗体価基準(検査方法と基準値等) *各種について1つでも基準を満たせばよい。	確認方法 *添付する必要はありません。
麻疹	<ul style="list-style-type: none"> •ワクチンを2回以上接種(MR混合ワクチンでも可) •EIA-IgG:8.0以上 •PA:256倍以上 •NT法:8倍以上 	母子手帳(裏面の例参照) または 抗体検査結果 *罹患歴があることは抗体があることを示すことにはなりません。
風疹	<ul style="list-style-type: none"> •ワクチンを2回以上接種(MRワクチンでも可) •HI:32倍以上 •EIA-IgG:8.0以上 	
水痘	<ul style="list-style-type: none"> •ワクチンを1回以上接種 •EIA-IgG:4.0以上 •IAHA:4倍以上 	
流行性耳下腺炎(おたふく)	<ul style="list-style-type: none"> •ワクチンを1回以上接種 •EIA-IgG:4.0以上 	
B型肝炎	<ul style="list-style-type: none"> •ワクチンを3回以上接種 •EIA、CLAIまたはRIA法:10mIU/ml以上 	
結核	<ul style="list-style-type: none"> •1年以内に胸部X線検査を受け、異常がないこと 	出身校や勤務先等の健康診断結果 (1年以内に受診したもの)

《注意事項》

- この書類は、医療機関ではなく入学予定者が記入して提出してください。
- 不明な点は、金沢大学人間社会系事務部学生課(企画・教職担当)(TEL:076-264-5967)にお問い合わせください。

ワクチン接種がわかる母子手帳のコピー（例）

【麻疹，風疹】

予防接種の記録 Immunization Record				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)				
麻疹(はしか) Measles	12.8.22	H707		1回目
風しん(三日はしか) Rubella	12.27	H112		
日本脳炎 Japanese Encephalitis				
時期	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回			
	2回			

その他の予防接種				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
MRワクチン (麻疹・風しん)	24.5.26	MH F009 Exp:12.15.14		2回目

※麻疹・風疹はワクチンを2回接種している必要があります。
(MRワクチンも含まれます)

【水痘，流行性耳下腺炎症】

その他の予防接種				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘	13.1.25			
アタック	13.4.5	H605		