

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

別科

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。)

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		生年月日 (西 暦)	年	月	日
氏 名 (自 署)					
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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入学日から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。 <input type="checkbox"/> 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	・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 (最新のもの。 なお、入学日から1年以内の 結果であることが望ましい。) *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	・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	・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)	・ワクチンを1回以上接種 ・EIA－IgG:4.0以上	
B型肝炎	・ワクチンを3回以上接種 ・EIA、CLAIまたはRIA法:10mIU/ml以上	
結 核	・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	はしかワクチン H707		
風疹(三日はしか) Rubella	12.2.29	風疹ワクチン 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			

1回目

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 3回 (麻疹・風疹)	24.5.26	MR HF009 数量 Exp:12.11.14		

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ワクチンも含みます)

【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	アタックワクチン H605		