感染症およびワクチン接種・抗体検査実施報告書

学籍番号　　氏名　　男・女　　年令　　歳

大学 短大 （○で囲む）	学科 科　　コース	**希望免許・資格** 教員免許（幼・小・中・高・養護） 社会福祉士・精神保健福祉士 公認心理師・学芸員・保育士

自己記入欄（該当箇所に○をしてください）			医師記入欄	
種類	過去のワクチン実施	病気に罹った	抗体検査の結果【注2】	今回のワクチン実施
麻疹（はしか）	【注１】 ①1回目（MMR・M・MR）接種 （S・H　年　月　日） ②2回目（MMR・M・MR）接種 （S・H　年　月　日） ③無 ④不明	有 無 不明	数値　（陽・陰） 実施日　年　月　日 医師　㊞	**麻疹・風疹混合** 実施日　年　月　日 医師　㊞
風疹（三日はしか）	有（S・H　年　月　日） 無 不明	有 無 不明	数値　（陽・陰） 実施日　年　月　日 医師　㊞	**麻疹・風疹混合** 実施日　年　月　日 医師　㊞
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	有（S・H　年　月　日） 無 不明	有 無 不明	数値　（陽・陰） 実施日　年　月　日 医師　㊞	実施日 年　月　日 医師　㊞
水痘（水ぼうそう）	有（S・H　年　月　日） 無 不明	有 無 不明	数値　（陽・陰） 実施日　年　月　日 医師　㊞	実施日 年　月　日 医師　㊞

【注１】M：麻疹単独　MR：麻疹・風疹混合の該当するワクチン　MMR：麻疹・おたふく・風疹混合の種類に○をしてください。

②の人は抗体検査を受けてください。①③④の人はワクチン接種をしてください。

【注２】・麻疹の抗体価は**EIA法（IgG）**にて測定をし、医師が必要と判断した場合はワクチン接種を行う。
・風疹の抗体価は**HI法**にて測定をし、医師が必要と判断した場合はワクチン接種を行う。
・流行性耳下腺炎の抗体価は**EIA法（IgG）**にて測定をし、医師が必要と判断した場合はワクチン接種を行う。
・水痘の抗体価は**EIA法（IgG）**にて測定をし、医師が必要と判断した場合はワクチン接種を行う。

※　麻疹（はしか）については必須となります。その他種類については実習先の指示に従ってください。
※　それぞれのワクチンは1ヶ月間隔をあける必要がありますので、**余裕をもって検査を受けてください。**
※「抗体検査の結果」、「ワクチン実施」いずれにも医師のサインが必要です。
【注３】この用紙のコピーを実習前に提出していただきますので、受診後、大切に保管しておいてください。

キリトリ