

## 麻疹（および風疹）の予防接種証明書提出のお願い

平成 24 年度入学予定の皆様へ

本学では、大学での集団生活や、在学中に学外実習に出る際の感染症予防対策として、新入生および一部の在校生に対して、学科ごとに必要な抗体検査\*を実施しています。しかし、近年、大学生の間で流行している麻疹は春先から初夏にかけて流行するため、入学してからの検査では対応が間に合わないおそれがあります。

平成 20 年 4 月 1 日より予防接種法の改正が施行され、高等学校 3 年生（海外研修など一部の 2 年生）への麻疹（および風疹）の予防接種が 5 年間暫定的に定期接種（原則本人負担無料で対象者全員が受けることができます。詳細は居住している市町村の市役所・役場に問い合わせて下さい。）となりました。そこで、このたび、入学時に予防接種証明書を提出していただき、万が一の集団感染を予防することにしました。

別紙の証明書に必要事項を記入、あるいは医療機関で記載してもらい提出して下さい。入学式後のオリエンテーションの際に回収します。また、市町村や医療機関で発行した別の様式の証明書、あるいは母子健康手帳のコピーをお持ちでしたら、それでもかまいません。

なお、何らかの事情で接種ができない場合はその旨お知らせください。

\*：本学で入学時に実施している抗体検査

感染症		検査	対策	対象
B型肝炎	HBs抗原	一括 採血検査 (刺すの は1回)	陽性→医療機関紹介	1年生・編入生全員
	HBs抗体		陰性→ワクチンを勧めます	
C型肝炎	HCV抗体		陽性→医療機関紹介	看護学科1年生・編入生
小児 感染 症	麻疹		麻疹抗体 (EIA)	陰性→ワクチンを勧めます
	風疹	風疹抗体 (HI)		
	水痘	水痘抗体 (EIA)		
	流行性耳下腺炎	流行性耳下腺炎抗体 (HI)		

国立感染症研究所感染症情報センターのホームページに掲載している

『麻疹教育啓発ビデオ』も参考にしてください。

<http://idsc.nih.gov.jp/disease/measles/Video/measlesVideo.html>

問合せ先：名寄市立大学

代表：電話 01654-2-4194

保健福祉センター

センター長 大見 広規

電話 01654-2-4199 内線 1312 (平日)

E-mail: [hiohmi@nayoro.ac.jp](mailto:hiohmi@nayoro.ac.jp)

看護師

電話 01654-2-4199 内線 2109 (平日)

名寄市立大学 保健福祉センター

## 麻疹（および風疹）の予防接種証明書

### 入学予定者 あるいは 保護者記入欄

（母子健康手帳などを確認して記入して下さい。）

	学科	学籍番号 (入学式の時に渡す学生証を見て記入して下さい。)	氏名
麻 疹 に つ い て	1	あなたは麻疹（はしか）にかかったことがありますか？ (いずれかを○で囲んでください。)	ある ない 不明
	2	あなたは幼児期に麻疹（はしか）のワクチンを打ちましたか？ (いずれかを○で囲んでください。)	はい いいえ 不明
	3	幼児期に麻疹のワクチンを打ったのはいつですか？ (2で「はい」と答えた人について。)	昭和・平成 ____年____月____日
風 疹 に つ い て	4	あなたは風疹（三日はしか）にかかったことがありますか？ (いずれかを○で囲んでください。)	ある ない 不明
	5	あなたはこれまでに風疹のワクチンを打ちましたか？ (いずれかを○で囲んでください。)	はい いいえ 不明
	6	風疹のワクチンを打ったのはいつですか？ (5で「はい」と答えた人について。)	昭和・平成 ____年____月____日
注) MMRワクチンを受けた人は麻疹、風疹、流行性耳下腺炎のワクチンを受けたこととなります。 また、MRワクチンを受けた人は麻疹、風疹のワクチンを受けたこととなります。			

### 医療機関証明欄

麻 疹 に つ い て	7	高校生およびそれ以上の年齢における麻疹ワクチン接種日	平成____年____月____日
	8	接種しなかった場合の理由 (番号を○で囲んで具体的に記入して下さい。)	①感染の既往 (____) 歳頃 ②抗体価陽性：IgG EIA 法で 抗体価 (____) ③その他の理由：例) 副反応既往 具体的理由 (____)
風 疹 に つ い て	9	高校生およびそれ以上の年齢における風疹ワクチン接種日	平成____年____月____日
	10	接種しなかった場合の理由 (番号を○で囲んで具体的に記入して下さい。)	①感染の既往 (____) 歳頃 ②抗体価陽性：HI 法で 抗体価 (____) ③その他の理由：例) 副反応既往 具体的理由 (____)

注) MRワクチンを接種した場合は7と9に記入して下さい。

上記のとおり証明します。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名（自筆署名）\_\_\_\_\_