

## こちらは入学手続書類と共に送付しないでください

看護学科 新入生の皆様へ

山口県立大学 学生部長

### 感染症抗体価検査の入学前実施について

看護学科では医療機関等における多数の実習が予定されています。大学生活においても多くの人との接触の機会があり、このような状況のなか看護職をめざす学生にとって、感染症対策が必要不可欠となっています。また、実習施設からも求められています。

そこで、本学では新入生の皆様に感染症抗体価検査を受けていただいています。また、結果が抗体（－）または（±）の場合は、自身を感染症から守り、また、他者への感染を未然に防止するために、ワクチン接種を受けていただいています。何卒ご協力をお願いいたします。必要な検査等は下記のとおりです。皆様のご協力をお願いいたします。

\*アレルギーや持病などにより、ワクチン接種ができない場合は、健康サポートセンター保健室へお問い合わせください。

#### 記

#### 1. 検査項目・検査方法

各自、自己負担で医療機関を受診してください。

4種抗体価検査に加えて、入学前にB型肝炎検査と結核検査が必要です。結核については検査結果のみ報告してください。

また、B型肝炎ワクチン接種は入学後一斉に実施しますので、各自で接種する必要はありません。別紙2のB型肝炎ワクチン接種依頼書（同意書）を提出してください。

検査項目	検査方法
4種抗体価検査 (麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎)	E I A法-I g G
B型肝炎検査	HB s 抗原 (精密)、HB s 抗体価 (精密)
結核検査	T-スポット検査またはQ F T検査のどちらか

#### 2. 抗体価検査結果およびワクチン接種報告書の提出について

- ・検査結果およびワクチン接種の報告について別紙1に記載し、**定期健康診断(4月予定)時に提出**してください。健康診断時に間に合わない場合は、**4月中に直接保健室まで提出**してください。
- ・記入された内容は、実習および就職目的以外に使用することはありません。提出書類は返却しませんので、保健室に提出する前に各自コピーして大切に保管してください。  
上記をよくお読みいただき、ご不明な点は、直接保健室までご連絡ください。

## 抗体価検査結果およびワクチン接種報告書

所属	学部 研究科	学科 専攻	入学年度 令和 年	学籍番号	
氏名	(男・女)		生年月日	西暦	年 月 日生
連絡先 (TEL)	本人( )		保護者( )		

## &lt;検査結果&gt;

- ・記入方法は、(例)に従って記入してください。
- ・結果が抗体(-)または(±)の場合はワクチン接種を受けてください。接種後は<ワクチン接種の報告>に記入をお願いします。\*アレルギーや持病などによりワクチン接種ができない場合は、健康サポートセンター保健室までお問い合わせください。
- ・B型肝炎の抗体がない看護学科入学生は、入学後に看護学科で一斉にB型肝炎ワクチン接種を実施しますので、各自で接種する必要はありません。
- ・結核についてはTスポット検査もしくはQFT検査のどちらかを実施し、検査結果のみ報告してください。

検査項目	検査年月日	測定値	医療機関名(又は医師名)
(例) 麻疹(はしか)EIA法-IgG	R6. 3. 7	20. 5 (+)	〇〇医院(又は〇〇太郎)
4種抗体価検査	麻疹(はしか) (EIA法-IgG)		
	風疹(3日はしか) (EIA法-IgG)		
	水痘(水ぼうそう) (EIA法-IgG)		
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) (EIA法-IgG)		
B型肝炎	HBs抗原(精密)		
	HBs抗体(精密)		
結核	Tスポット検査		
	QFT検査		
Tスポット検査もしくはQFT検査で、判定保留または陽性的の場合	<コメント欄> 胸部レントゲン等の結果は 医師がご記入ください。		

※太線枠は看護学科と別科助産専攻のみ対象

## &lt;ワクチン接種の報告&gt;

ワクチンの種類	接種年月日	医療機関名(又は医師名)
(例) おたふくかぜワクチン	R6. 3. 14	〇〇医院(又は〇〇太郎)

問い合わせ先：健康サポートセンター 保健室 TEL：083-929-6512

## &lt;看護学科入学生のみ&gt;

## B 型肝炎ワクチン接種依頼書(同意書)

私は、B 型肝炎ワクチンの目的、実施要項および副作用等について下記の説明を理解した上で、本ワクチンの接種を申し込みます。

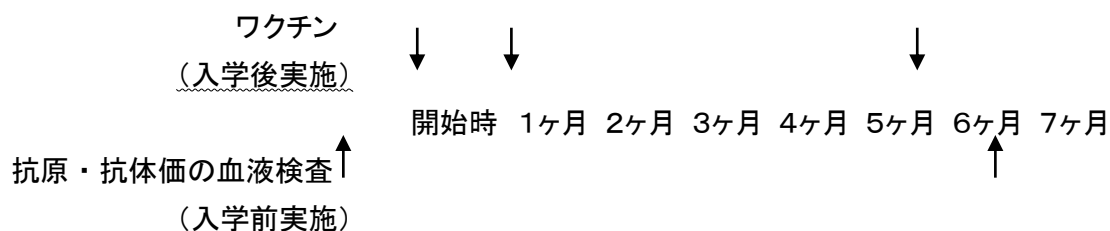
令和 年 月 日

学籍番号		氏名 自署	
------	--	----------	--

\* アレルギーや持病などによりワクチン接種ができない場合は、健康サポートセンター保健室までお問い合わせください。

## 記

1. 目的 : B 型肝炎の予防
2. 実施要項 : 開始時と1ヶ月目および6ヶ月目の3回、皮下または筋肉内注射をします。  
(7ヶ月目に抗体が獲得されていない場合は、さらに追加接種します。)



3. 副作用 : 次に示す副作用が生ずる可能性があります。
  - 1) 過敏症 : 発熱、ほてり、悪寒、発疹、蕁麻疹、注射部位の痛み、発赤、硬結、かゆみ、熱感、腫脹、上肢脱力感などの局所症状
  - 2) 消化器 : 嘔気、下痢、食欲不振、嘔吐、腹痛など
  - 3) 神経系 : 頭痛、眠気、めまいなど
  - 4) その他 : 血圧の低下、倦怠感、違和感、感冒様症状、筋肉痛、背部痛、肩こり、多汗、耳痛など
4. 実施医療機関  
実施医療機関: 大学が選定・依頼した医療機関(学校医など)
5. その他  
ワクチン接種に係わる内容を、実習及び就職目的以外に使用することはありません。