

新入生の皆様へ
(学部生・大学院生・別科助産専攻生)

山口県立大学 学生部長

麻しん等感染拡大防止対策のための調査ご協力をお願い

本学では、学生生活の中で感染の拡大を防ぐために、新入生の皆様全員に、麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎の予防接種歴等のご確認をお願いしております。

母子健康手帳の予防接種欄や予防接種実施済証等で、これまでの予防接種の記録をご確認ください。後日送付いたします健康管理カードへ確認事項を転記し、提出していただきますので、ご準備をお願いいたします。皆様のご協力をお願いいたします。

記

1. 確認する内容：必ず母子健康手帳や予防接種実施済証等で以下を確認してください。

(資料 1、2 参照)

感染症名	確認事項
・麻しん (はしか) ・風しん (三日はしか) ・水痘 (みずぼうそう) ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	・罹患歴 (かかったことがあるか、いつか) ・予防接種歴 (<u>接種した西暦年月日</u>)

2. 確認事項の提出

確認した内容を後日送付いたします「健康管理カード」へ正確に転記し (資料 1, 2 参照)、健康診断時に提出してください。「健康管理カード」は 3 月に発送予定、健康診断は 4 月初めに実施予定です。

3. ご注意頂きたいこと

- ① 上記感染症は、1 歳以上で「2 回」の予防接種により十分な免疫効果が得られます。特に**麻しんと風しん**は感染力が強いため、現在 2 回の予防接種がお済みでない方は、入学前に済ませておく (任意接種) ことを強く推奨します。また、罹患歴があつて予防接種を受けていない方は、抗体検査 (自己負担) を受け抗体価を確認することをお勧めします。
- ② 水痘及び流行性耳下腺炎の予防接種を行った記録があれば内容を確認し、健康管理カードに転記してください。また、罹患歴があつて予防接種を受けていない場合は、抗体検査 (自己負担) を受け抗体価を確認することをお勧めします。
- ③ 「母子健康手帳の紛失で正確な予防接種の確認ができない」、「罹患歴がはっきりしない」、「予防接種歴、罹患歴が一度もない」、「抗体検査を受けて抗体が十分でなかった」等の場合は、入学前に医師と十分に相談の上、「抗体検査を受ける」、「予防接種を受ける」等のご判断をお願いいたします。
- ④ 入学される学科・専攻によっては、実習に関する感染対策から、抗体検査の実施と検査結果によっては予防接種を受けていただきます。詳細は、各学科・専攻のご案内を必ずご確認ください。
- ⑤ 入学後に上記感染症の予防接種や抗体検査を行った場合は、保健室にお知らせください。また、健康管理カードへの記載内容で保健室より連絡をすることがあります。

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

※この用紙は健康管理カード内の見本です。

感染症罹患歴・予防接種歴に関する調査

○必ず、母子健康手帳や予防接種実施済証等で確認し、正確に転記してください。

○該当するものに○を付け、西暦年月日及び必要事項の記入をお願いします。

OMRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）を接種している場合は、麻しん、風しんそれぞれの欄へ、同じ西暦年月日を記入してください。

麻しん (はしか)	① 罹患歴 かかったことがありますか	無	・	有 () 歳	・	不明				
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	年	月	日	・	受けてない	・	不明
		2回目受けた	西暦	年	月	日	日	・	受けてない	・
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	年	月	日	日	測定値 ()			
例: 16.0 (+)										
風しん (三日はしか)	① 罹患歴 かかったことがありますか	無	・	有 () 歳	・	不明				
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	年	月	日	・	受けてない	・	不明
		2回目受けた	西暦	年	月	日	日	・	受けてない	・
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	年	月	日	日	測定値 ()			
例: 16.0 (+)										
水痘 (みずぼうそう)	① 罹患歴 かかったことがありますか	無	・	有 () 歳	・	不明				
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	年	月	日	・	受けてない	・	不明
		2回目受けた	西暦	年	月	日	日	・	受けてない	・
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	年	月	日	日	測定値 ()			
例: 16.0 (+)										
流行性 耳下腺炎 (おたふくかぜ)	① 罹患歴 かかったことがありますか	無	・	有 () 歳	・	不明				
	② 予防接種歴	1回目受けた	西暦	年	月	日	・	受けてない	・	不明
		2回目受けた	西暦	年	月	日	日	・	受けてない	・
③ 抗体検査 (受けた方のみ)	検査日	西暦	年	月	日	日	測定値 ()			
例: 16.0 (+)										

《 備考欄 》

上記記載内容に追加があれば、こちらにご記入ください。

また、何らかの理由で予防接種が出来ない場合は、こちらにその旨をご記入ください。(例 アレルギーのため)