栄養学科 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

栄養学科では、医療機関等における実習が予定されており、実習施設からも感染症対策が求められています。また、大学生活においても多くの人と接する機会があることから、医療機関や介護施設などで管理栄養士として働くことをめざす学生にとって、感染症対策は必要不可欠です。

そこで、本学では新入生の皆様に入学前の感染症抗体価検査を受けていただいています。

また、検査結果が抗体（－）または（±）の場合は、ご自身を感染症から守るとともに、他者への感染を防ぐため、ワクチン接種を受けていただいています。

必要な検査等は下記のとおりですので、皆様の御理解と御協力をお願いいたします。

※アレルギーや持病などにより、ワクチン接種を受けることができない場合は、健康サポートセンター保健室に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。

- **全学生**：４種抗体価検査の結果を報告してください。結果が抗体（－）または（±）の場合は、医療機関の指示に従ってワクチンを接種してください。
- **医療機関や介護施設での実習を希望する学生（任意）**：入学前にＢ型肝炎検査を行い、抗体（－）または（±）の場合は、Ｂ型肝炎のワクチンの接種をしてください。Ｂ型肝炎のワクチン接種は、3 回の接種が必要（20～24 週間）で結果が確認できるのは最終接種から 4～8 週後です。このように初回の接種から抗体の有無の確認まで 7～8 か月を要します。余裕をもって早めの検査（必要時はワクチン接種）をお願いします。
- **入学後、実習を希望する医療機関や介護施設から結果提出を求められた学生**：2 年次、3 年次、および 4 年次の学外実習で、提出を義務付けられている施設への実習が決まったら、実習助手の指示に従ってください。

検査項目	検査方法
４種抗体価検査 （麻しん・風しん・水痘・流行性耳下腺炎）	ＥＩＡ法-ＩｇＧ
Ｂ型肝炎検査**（任意）**	ＨＢｓ抗原（精密）、ＨＢｓ抗体価（精密）
結核検査**（必要時のみ）**	**入学後必要に応じて**、T-スポット検査または ＱＦＴ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、**定期健康診断日（１年対象）までに保健室に提出してください。**定期健康診断日に間に合わない場合は、**４月上旬までに保健室に提出**してください。

＊定期健康診断日は後日掲載されるホームページ等でご確認をお願いします。(3 月中旬掲載予定)

・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。

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

別紙1

抗体価検査結果およびワクチン接種報告書

所属	看護栄養学部　栄養学科	学籍番号	
氏　名			
連絡先 （TEL）			

＜検査結果＞

- 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栄養学科入学生は、医療機関の指示に従って各自で肝炎ワクチン接種を受けてください。(任意)
- **結核についての T-スポット検査もしくは QFT 検査は入学時には実施する必要はありません。**

検査項目		検査年月日	測定値	医療機関名（又は医師名）
（例） 麻しん(はしか)EIA法-IgG		2027 年 3 月 9 日	20．5 (+)	○○医院(又は○○太郎)
４種抗体価検査	麻しん（はしか）（ＥＩＡ法－ＩｇＧ）			
	風しん（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（任意）	ＨＢｓ抗原（精密）			
	ＨＢｓ抗体（精密）			
結核（必要時）	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。		

※太線枠は医療機関や介護施設での実習を希望する学生(任意)及び入学後必要時のみ

＜ワクチン接種の報告＞

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	2027 年 3 月 16 日	○○医院(又は○○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