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くの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、看護職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、検査結果が基準値を満たしていない場合は、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、必要な検査を受けてください。
入学前に４種抗体価検査・Ｂ型肝炎検査・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。

・Ｂ型肝炎ワクチン接種は入学後に看護学科で一斉に実施しますので、各自で入学前に接種する必要はありません。別紙３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。諸事情により、個人で接種したい人は相談してください。

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	ＨＢｓ抗体価（精密：**定量検査**）
結核検査	T-スポット検査またはＱＦＴ検査の**いずれか**

２．報告書等の提出について

・検査結果について**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。

提出書類	提出場所・提出時期
抗体価検査結果報告書　　別紙１	保健室・定期健康診断日（間に合わない場合は４月上旬まで）
ワクチン接種報告書　　別紙２	保健室・ワクチン接種終了後
Ｂ型肝炎ワクチン接種依頼書(同意書)別紙３	保健室・定期健康診断日（間に合わない場合は４月上旬まで）

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

抗体価検査結果報告書

別紙1

所　属	看護栄養学部　看護学科	学籍番号	
氏　名			
連絡先（Tel）			

＜抗体価検査結果＞

- 基準値を満たしていない場合（黒太枠に☑が入った場合）、入学までに期間があれば、出来るだけ入学前にワクチン接種を受けてください。
- **接種後は<ワクチン接種報告書　別紙2>に記入し提出**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場合は、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、**各自で入学前に接種する必要はありません**が、諸事情により個人で接種したい人は相談してください。
- 結核については、T-SPOT または QFT のいずれかを実施し、判定保留または陽性の場合のみ胸部 X 線検査を行い、結果をご記入ください。

検査項目	検査年月日	基準値	測定値	判定	
麻しん EIA 法(IgG)	西暦　　年 月　　日	16.0 以上		□満たしている	□いない
風しん EIA 法(IgG)	西暦　　年 月　　日	8.0 以上		□満たしている	□いない
水痘 EIA 法(IgG)	西暦　　年 月　　日	4.0 以上		□満たしている	□いない
流行性耳下腺炎 EIA 法(IgG)	西暦　　年 月　　日	4.0 以上		□満たしている	□いない
B 型肝炎 （HBs 抗体：定量）	西暦　　年 月　　日	10mIU/mL 以上	mIU/mL	□満たしている	□いない

結核 IGRA 検査	西暦　　年 月　　日	□QFT □T-SPOT	□陰性　□判定不可　□判定保留　□陽性 ＊黒枠内に☑が入った場合は胸部 X 線を実施してください
胸部 X 線	西暦　　年 月　　日		□異常所見なし　□異常所見あり

上記のとおり相違ないことを証明する。　　西暦　　年　　月　　日

医療機関名：

医　師　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ワクチン接種報告書

別紙2

所　属	看護栄養学部　看護学科	学籍番号	
氏　名			
連絡先（Tel）			

＜ワクチン接種について＞

- 抗体価検査にて基準値を満たしていない場合は、出来るだけ入学前にワクチン接種を受けてください。
- 入学前にワクチン接種が間に合わない場合は、**1 年次夏休み期間などを利用し、ワクチン接種が出来ますので、入学前に急いで接種する必要はありません。**1年次後期より臨地実習が始まりますので、それまでにワクチン接種を受けていただきます。
- **注意**)B型肝炎の抗体がない場合は、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、**各自で入学前に接種する必要はありません**が、諸事情により個人で接種したい人は相談してください。

予防接種の種類	予防接種実施日	医療機関名および担当医師名
麻しん	西暦　　年　　月　　日	
風しん	西暦　　年　　月　　日	
水痘	西暦　　年　　月　　日	
流行性耳下腺炎	西暦　　年　　月　　日	

【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3

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

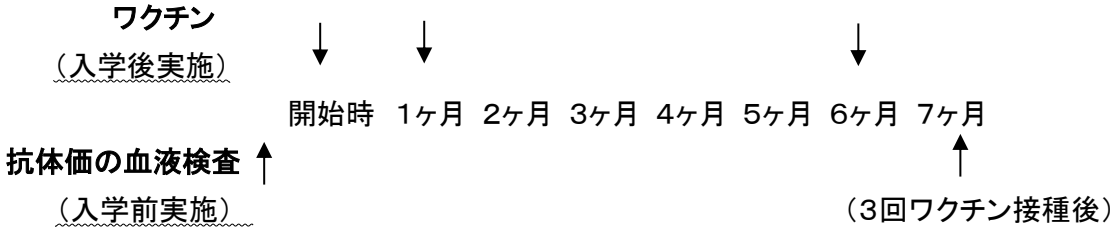
学籍番号		氏 名 自署	

＊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ヶ月目に血液検査にて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。

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