

感染症関連記録Ⅰ（麻疹、風疹、水痘・带状疱疹、流行性耳下腺炎）

学生番号

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	歳			

感染予防対策として、抗体価検査(必ず指定の方法で)とワクチン接種をお願いします。

感染症名と検査法	検査結果(測定値を記載し判定に☑)	検査日・ワクチン接種日
麻疹 (IgG抗体/EIA法)	抗体価	検査日 年 月 日
	抗体価の判定	ワクチン接種日(1回目) 年 月 日
	☐ 今すぐの予防接種は不要:16.0以上	ワクチン接種日(2回目) 年 月 日
	☐ 1回の予防接種が必要:2.0～16.0未満 ☐ 2回の予防接種が必要:2.0未満	接種できなかった理由 ()
風疹 (IgG抗体/EIA法)	抗体価	検査日 年 月 日
	抗体価の判定	ワクチン接種日(1回目) 年 月 日
	☐ 今すぐの予防接種は不要:8.0以上	ワクチン接種日(2回目) 年 月 日
	☐ 1回の予防接種が必要:2.0～8.0未満 ☐ 2回の予防接種が必要:2.0未満	接種できなかった理由 ()
水痘・带状疱疹 (IgG抗体/EIA法)	抗体価	検査日 年 月 日
	抗体価の判定	ワクチン接種日(1回目) 年 月 日
	☐ 今すぐの予防接種は不要:4.0以上	ワクチン接種日(2回目) 年 月 日
	☐ 1回の予防接種が必要:2.0～4.0未満 ☐ 2回の予防接種が必要:2.0未満	接種できなかった理由 ()
流行性耳下腺炎 (IgG抗体/EIA法)	抗体価	検査日 年 月 日
	抗体価の判定	ワクチン接種日(1回目) 年 月 日
	☐ 今すぐの予防接種は不要:4.0以上	ワクチン接種日(2回目) 年 月 日
	☐ 1回の予防接種が必要:2.0～4.0未満 ☐ 2回の予防接種が必要:2.0未満	接種できなかった理由 ()

記載日	年 月 日
医療機関名 住所 電話番号 記載した医師名	印

* **最終受診日**を記載してください

受診病院が2か所にわたる場合に記入してください。

追加記載日	年 月 日
医療機関名 住所 電話番号 記載した医師名	印

* **最終受診日**を記載してください

2026年10月9日(金)までに、学部事務室に提出をお願いします。

*1:アレルギー体質や自己免疫疾患、ステロイド(副腎皮質ホルモン)など内服中のため、
ワクチン接種ができない場合には、必ず医師に「感染症関連記録」の()内に
その旨を記載してもらってください。

*2:提出がない場合、医療施設での実習には参加できず、進級・卒業できません。

教員確認欄
年 月 日