広島国際大学総合リハビリテーション学部　感染症関連記録表

（ 理学･作業･言語聴覚療法学専攻）

専攻名 ： 理学･作業･言語聴覚　療法学専攻　　学籍番号： B

（いずれかに〇をしてください）

フリガナ 氏　名		生年月日	西暦　　年　　月　　日
		性 別	男 ・ 女

感染予防対策として、抗体検査をお願いします。提出されない場合、医療施設での学外実習に参加できず、専攻によっては進級･卒業出来ない場合がありますので、ご留意ください。抗体価は必ず全項目のご記入をお願いいたします。

【本紙、個人情報の取り扱いについて】
本紙の内容は、個人情報として大学が厳重に管理し、原則として第三者に開示しません。
ただし、1）感染において緊急を要する場合（学生や患者等への感染の可能性がある場合等）、
　　2）実習受け入れに際して実習先施設から提出を求められた場合
などに限り、情報を開示することがあります。

感染症名	検査結果 検査日（西暦記入） 年　月　日	過去の接種歴（西暦記入） （母子手帳参照）	追加接種日 （西暦記入）	
麻　疹	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	追加接種に関しては注1を参照に対応をお願いします
風　疹	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	
水　痘	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	
流行性耳下腺炎	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	1回目　年　月　日 2回目　年　月　日	
B 型 肝 炎	HBs抗原（CLIA法又はCLEIA法）　陽性 ・ 陰性 および HBs抗体（CLIA法又はCLEIA法）　陽性 ・ 陰性		1回目　年　月　日 2回目　年　月　日 3回目　年　月　日	陰性の場合は必ず3回接種が必要です

証明書記載日	西暦　　年　　月　　日	証明書追加記載日	西暦　　年　　月　　日
医療機関名 住　　所 電 話 番 号		医療機関名 住　　所 電 話 番 号	
記載した医師名	印	記載した医師名	印

■提出方法、その他について

本検査および追加接種（B型肝炎を除く）は入学宣誓式までになるべく完了させてください。完了しましたら本用紙のコピーを取ってください。**新入生ガイダンスにおいてコピーを回収します。その後、B型肝炎の接種が完了した時点で本用紙（原本）を速やかに各チューターに提出してください。接種の際に母子手帳もしくは本用紙にロット番号の記載されたシールの添付をお願いします。全ての接種完了後は提出前に再度コピーをとり保管する様にしてください。**
なお、日程的に検査及び追加接種が間に合わない学生は入学宣誓式の際に改めて日程をお伝えします。
その他、不明な点や不安なことがございましたら、入学式前は東広島キャンパス2号館2階　総合リハビリテーション学部事務室（TEL 0823-70-4851、平日 9:00～17:00）へ、入学式後は学生本人から各チューターへ直接ご連絡ください。

注1：母子手帳より過去2回の接種歴が確認できなかった場合は以下の対応をお願いします

麻　疹	2.0以上 ～ 16.0未満	1回追加接種
風　疹	2.0以上 ～ 8.0未満	
水　痘	2.0以上 ～ 4.0未満	
流行性耳下腺炎	2.0以上 ～ 4.0未満	
全項目	2.0未満	2回追加接種

注2：母子手帳により過去2回接種が確認できた場合は抗体価に関わらず追加接種は不要です