感 染 症 関 連 記 録 表

健康科学部　医療栄養学科　　**学生番号:**

※新入生の学生番号は、新入生ガイダンスでお知らせします。

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

≪学生および保護者の皆様へ≫

感染予防対策として、抗体検査をお願いします。 本検査は4月末までに完了させ、**記録表を学科担当教員（入学後にご案内します）へ提出してください。**提出されない場合、医療施設での学外実習に参加できず、進級・卒業出来ない場合がありますので、ご注意ください。その他、検査結果等を鑑み、追加で抗体検査を教員から指示する場合がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

また、新入生ガイダンスにおいて、教員から提出日やワクチン接種、検査ができていない場合などの指示がありますので、その指示に従ってください。

【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医療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。

≪医療機関の方へ≫

感染予防対策として、下記の検査項目について抗体検査をお願いします。検査は、『医療関係者のためのワクチンガイドライン』を参考に、ご判断いただきますよう、お願いいたします。

【提出期限】2027年4月30日 【連絡先】広島国際大学呉学部事務室　TEL 0823-73-8901

感染症名	検査結果 ※カッコ内のいずれか〇で囲んで下さい	検査日　（西暦記入）
麻　　疹	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿ （ 陽性・判定保留・陰性 ）	検査日 年　月　日
風　　疹	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿ （ 陽性・判定保留・陰性 ）	検査日 年　月　日
水痘・帯状疱疹	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿ （ 陽性・判定保留・陰性 ）	検査日 年　月　日
流行性耳下腺炎	IgG抗体（EIA法） 抗体価＿＿＿＿＿＿ （ 陽性・判定保留・陰性 ）	検査日 年　月　日
B 型 肝 炎	HBs抗原（CLIA法又はCLEIA法）（ 陽性・判定保留・陰性 ） かつ HBs抗体（CLIA法又はCLEIA法）（ 陽性・判定保留・陰性 ）	検査日 年　月　日

証明書記載日	年　月　日
医療機関名 住　所 電話番号	
記載した医師名	印

※受診病院が2か所にわたる場合のみ。また、追加記載項目も記入ください。

証明書追加記載日	年　月　日	追加記載項目
医療機関名 住　所 電話番号		
記載した医師名	印	