

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	性別	男・女	

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○を)	検査日・ワクチン接種日		
麻疹 (IgG抗体/EIA法)	抗体価 _____ 抗体価の判定 今すぐの予防接種は不要: 16.0以上 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	検査日	年	月 日
		ワクチン接種日(1回目)	年	月 日
		ワクチン接種日(2回目)	年	月 日
		接種できなかった理由(
風疹 (IgG抗体/EIA法)	抗体価 _____ 抗体価の判定 今すぐの予防接種は不要: 8.0以上 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	検査日	年	月 日
		ワクチン接種日(1回目)	年	月 日
		ワクチン接種日(2回目)	年	月 日
		接種できなかった理由(
水痘・带状疱疹 (IgG抗体/EIA法)	抗体価 _____ 抗体価の判定 今すぐの予防接種は不要: 4.0以上 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	検査日	年	月 日
		ワクチン接種日(1回目)	年	月 日
		ワクチン接種日(2回目)	年	月 日
		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 _____ 抗体価の判定 今すぐの予防接種は不要: 4.0以上 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	検査日	年	月 日
		ワクチン接種日(1回目)	年	月 日
		ワクチン接種日(2回目)	年	月 日
		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

2025年10月10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

提出先・連絡先: 広島国際大学学部事務室(呉キャンパス1号館3階) TEL 0823-73-8901

2024年10月作成

感染症関連記録Ⅱ（B型肝炎、C型肝炎）

学生番号 _____

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	

感染予防対策として、**HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体の測定(必ず指定の方法で)**と**B型肝炎ワクチンの接種**をお願いします。**B型肝炎ワクチンを接種した場合には1～2か月後にHBs抗体の再検査**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○を)	検査日・ワクチン接種日	
B型肝炎 (CLIA法または CLEIA法)	初回検査時のHBs抗原 IU/mL	初回検査日 年 月 日	
	HBs抗原の判定	HBs抗原陰性かつHBs抗体陰性の場合には3回のワクチン接種が必要です	
	CLIA法 陽性: 0.05 IU/mL以上 陰性: 0.05 IU/mL未満		ワクチン接種日(1回目) 年 月 日
	CLEIA法 陽性: 0.005 IU/mL以上 陰性: 0.005 IU/mL未満		ワクチン接種日(2回目) 年 月 日
	初回検査時のHBs抗体 mIU/mL	ワクチン接種日(3回目) 年 月 日	
ワクチン接種後のHBs抗体 mIU/mL	接種できなかった理由()		
	HBs抗体の判定	ワクチン接種後再検査日 年 月 日 (3回目のワクチン接種の1～2か月後)	
	陽性: 10.0 mIU/mL以上 陰性: 10.0 mIU/mL未満		
C型肝炎 (CLIA法または CLEIA法)	HCV抗体 判定 陽性: 1.0以上 陰性: 1.0未満	検査日 年 月 日	

記載日	年 月 日	
医療機関名		* 最終受診日を記載してください
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記入してください。

追加記載日	年 月 日	
医療機関名		* 最終受診日を記載してください
住所		
電話番号		
記載した医師名	印	

2025年10月10日(金)までに、ワクチン接種と接種後のHBs抗体の再検査が終わっている場合は原本を、間に合わない場合には、途中までの結果のコピーを一旦提出し、最終結果(原本)は2026年4月17日(金)までに提出してください。

*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)内服中などで、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

提出先・連絡先: 広島国際大学学部事務室(呉キャンパス1号館3階) TEL 0823-73-8901

2024年10月作成