【大学院博士課程にあってはCNS（専門看護師）コースのみ】

事　務　連　絡

入学予定者各位

青森県立保健大学学長
（公印省略）

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎予防接種に関する入学前の準備について（お願い）

近年、日本環境感染学会で定めた「医療関係者のためのワクチンガイドライン」を目安に、実習受入れ基準を定める実習先が増加したことに伴い、本学においても麻疹、風疹、流行性耳下線炎（ムンプス・おたふくかぜ)、水痘の予防接種を無理のない範囲で、２回実施していただくことを方針といたしました。

そのため、入学予定の皆様には、入学前に下記のご準備をお願いいたします。

記

１　対応が必要なこと

(1)予防接種記録の入力

(2)追加接種（**対象者のみ**）

※関係書類をよく確認の上、対応してください。

２　関係書類（この書類の２，３ページ）

(1)予防接種に関する入学前準備の方法

(2)予防接種と予防接種記録調査票提出フローチャート

３　入学前に予防接種を実施できない場合の取扱い

身体的な理由や日程的に予防接種を行うことができなかった場合は、入学後個別に対応いたします。

※入学前に予防接種を完了することができなかったことを理由に合格を取り消すことはありません。

御不明な点等ございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

【連絡先】
青森県立保健大学保健室
電話　017-765-2112

予防接種に関する入学前準備の方法

１．作成手順

（１）母子手帳を手元に用意してください。

【母子手帳を準備できない場合】

出生地の自治体の保健所から、予防接種記録を発行できる場合があります。各自で確認してください。

（２）**予防接種記録調査票に、必要事項を記入**してください。

① 母子手帳（または予防接種記録）の予防接種の履歴を参照しながら、記入してください。

② **１歳以降、本学入学前まで**に受けた「麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘・Ｂ型肝炎」予防接種について、**各２回分**の予防接種日等を記入してください。

（３）（２）で参照した母子手帳（または予防接種記録）の該当ページを、スマートフォンで撮影またはスキャンし、それを印刷して予防接種記録調査票に貼付してください。

① スマートフォンを**縦向き**にして、ページ全体（四隅を含む）が写るように撮影またはスキャンしてください。１ページに複数の対象記録がある場合でも、ページ単位で撮影またはスキャンしてください。

② 画像で対象接種記録の内容が分かりにくい場合は、**マーカー（色付け）**してください。

☑ ワクチン（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘・Ｂ型肝炎）の種類は判別できますか？

☑ 接種した年月日は判別できますか？

２．２回実施していない項目がある場合の予防接種の実施

以下の対応は、３月 15 日以降は実施しないでください。入学後の血液検査の結果に問題が生じます。

（１） 予防接種を２回実施していない項目がある場合は、可能な限りすべての項目が２回実施となるよう予防接種を受けてください。

（２）複数の項目で接種をする必要がある場合、予防接種の優先順位は次のとおりです。

①麻疹　②風疹　③流行性耳下腺炎（ムンプス・おたふくかぜ）　④水痘

（３）予防接種の際は、医療機関に母子手帳を持参し、母子手帳の所定欄に接種の記録を記載してもらってください。

（４）予防接種を１回のみ受けている場合は、追加接種を１回受けてください。

（５）**過去に感染し、“一度も”予防接種を受けていない項目**は、入学前に予防接種を行う必要はありません。入学後の血液検査の結果によって、予防接種の要否を判定します。

３．注意事項

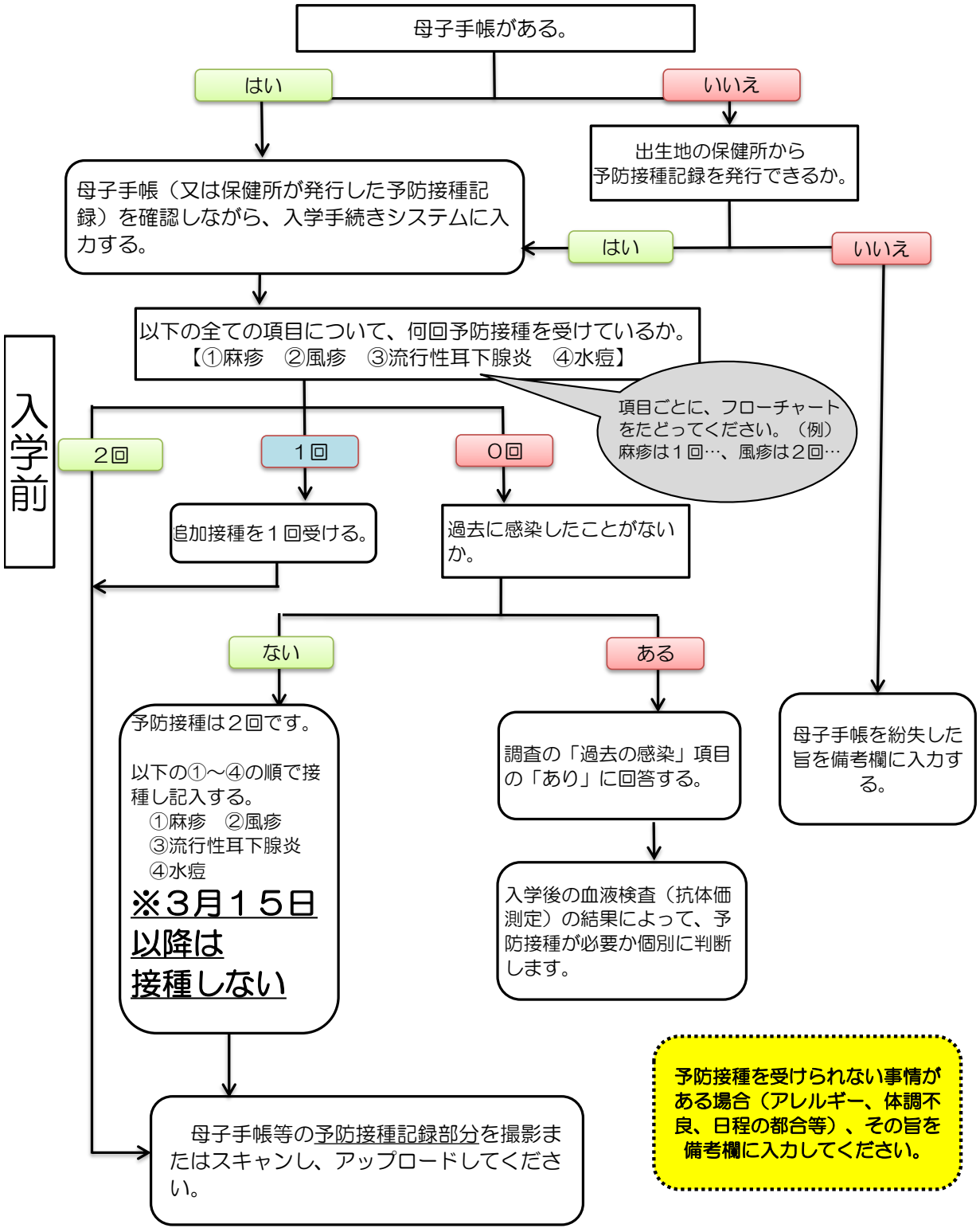
（１）アレルギー等の身体的事情等から予防接種をすることができなかったときは、本学に入学後、個別に対応します。予防接種記録調査の備考欄に接種できなかった理由を入力してください。

（２）予防接種に係る費用は全て自己負担です。

（３）予防接種記録調査票は、入学後の健康診断で提出してください。

（４）実習前までに「医療関係者のためのワクチンガイドライン」の基準に基づき予防接種を終了する必要があります。

予防接種と予防接種記録調査入力フローチャート



予 防 接 種 記 録 調 査 票

入学後提出

＜この書類は、入学後の健康診断の際に提出していただくものです。別紙「予防接種に関する入学前準備の方法」に記載する説明をご覧の上、作成し、入学後の健康診断の際に忘れずにお持ちください。＞

学科名	（〇で囲んでください） 看護 ・ 理学療法 ・ 社会福祉 ・ 栄養	氏名	（ふりがな）必須	学籍番号必須

予防接種記録

＜太枠の中の項目についてのみ、母子手帳から転記してください。＞　　MR･･･麻疹と風疹の混合のことです。

項目		予防接種日	予防接種の種類	過去に感染	※抗体価値	※入学後の対応		※入学後の予防接種日(西暦)	※完了状況
麻疹 （はしか）	1回目	西暦 年　月　日	麻疹 ・ MR	あり･なし		16,0以上,2回の接種 2,0～15,9 2,0未満	対応不要 予防接種1回 予防接種2回	1回目 年　月　日	
	2回目	西暦 年　月　日	麻疹 ・ MR					2回目 年　月　日	
風疹	1回目	西暦 年　月　日	風疹 ・ MR	あり･なし		8,0以上,2回の接種 2,0～7，9 2,0未満	対応不要 予防接種1回 予防接種2回	1回目 年　月　日	
	2回目	西暦 年　月　日	風疹 ・ MR					2回目 年　月　日	
水痘	1回目	西暦 年　月　日		あり･なし		4,0以上,2回の接種 2,0～3,9 2,0未満	対応不要 予防接種1回 予防接種2回	1回目 年　月　日	
	2回目	西暦 年　月　日						2回目 年　月　日	
流行性 耳下腺炎 （ムンプス おたふくかぜ）	1回目	西暦 年　月　日		あり･なし		4,0以上,2回の接種 2,0～3,9 2,0未満	対応不要 予防接種1回 予防接種2回	1回目 年　月　日	
	2回目	西暦 年　月　日						2回目 年　月　日	
B型肝炎	1回目	西暦 年　月　日	＊どちらかを〇で囲んでください。 B型肝炎ワクチンの接種歴は、 あり　・　なし		陰性 陽性		対応不要 予防接種1回	4回目 年　月　日	
	2回目	西暦 年　月　日							
	3回目	西暦 年　月　日							

＜母子手帳予防接種記録コピー貼付欄＞

上記項目が記載されている箇所のみをコピーして貼ってください。母子手帳の記録がなく予防接種を受けた場合は、可能な限り予防接種費用領収書や医療機関からの証明書等を貼ってください。3月15日以降は、上記項目の接種をしないようご注意ください。