

介護等体験に係る抗体確認について (予防接種及び抗体検査調査票)

このことについて、教育職員免許法の特例に基づく「介護等体験」社会福祉施設等への受入調整にあたり、受入先から、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体検査を実施し、予防接種を受けた後に実習に臨むよう依頼を受けております。受入先の生徒や施設入居者は体力・健康面での配慮が必要な者であることを踏まえ、本学では令和元年度より介護等体験参加者への抗体確認を必須とし、実習生が感染源とならないことを事前確認することとしております。

つきましては、以下に示す基準により各自が抗体の有無を確認し、必要事項を記入の上、証拠書類を添えて**10月31日(火)17時まで**に理工系事務部学生課教務係(自然科学本館G2)へ提出してください。

なお、抗体検査は令和5年12月5日(火)および12月7日(木)に本学で実施する予定です。具体的な検査実施日時、費用等は後日お知らせします。検査費用は自己負担となり、本学で行う検査を受けられない場合は、自身でクリニック等を受診し検査を受け、検査結果の写しを提出することになります。

ふりがな		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日
氏名				
所属	学域 研究科	学類 専攻	学籍番号	
受診日	都合の悪い日に×を付してください。 ()令和5年12月5日(火)14:00～15:30 ()12月7日(木)14:00～15:30			
次の4種について、以下の基準を参考にどちらかを☑してください。				
麻疹	<input type="checkbox"/> 抗体検査を受ける <input type="checkbox"/> 抗体基準を満たしているので、検査を受ける必要はない(→証拠書類を添付してください。)			
風疹	<input type="checkbox"/> 抗体検査を受ける <input type="checkbox"/> 抗体基準を満たしているので、検査を受ける必要はない(→証拠書類を添付してください。)			
水痘	<input type="checkbox"/> 抗体検査を受ける <input type="checkbox"/> 抗体基準を満たしているので、検査を受ける必要はない(→証拠書類を添付してください。)			
流行性耳下腺炎(おたふく)	<input type="checkbox"/> 抗体検査を受ける <input type="checkbox"/> 抗体基準を満たしているので、検査を受ける必要はない(→証拠書類を添付してください。)			

(参考)本学で受ける抗体検査では、1項目約3,000円かかります。各自、母子手帳等をよく確認し、ご記入ください。

	抗体価基準(検査方法及び基準値等) *各種について1つでも基準を満たせばよい。	証拠書類
麻疹	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンを2回以上接種(MR混合ワクチンでも可) ・EIA-IgG:8.0以上 ・PA:256倍以上 ・NT法:8倍以上 	「ワクチン接種がわかる母子手帳のコピー」(裏面の例参照) または 「抗体価がわかる検査結果のコピー」 *罹患歴があることは抗体があること示すことにはなりません。
風疹	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンを2回以上接種(MRワクチンでも可) ・HI:32倍以上 ・EIA-IgG:8.0以上 	
水痘	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンを1回以上接種 ・EIA-IgG:4.0以上 ・IAHA:4倍以上 	
流行性耳下腺炎(おたふく)	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンを1回以上接種 ・EIA-IgG:4.0以上 	

ワクチン接種がわかる母子手帳のコピー（例）

【麻疹，風疹】

予防接種の記録 Immunization Record				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ポリオ (Oral Polio Vaccine)				
麻しん(はしか) Measles	12.8.22	麻しんワクチン H707		1回目
風しん(三日はしか) Rubella	12.22	風しんワクチン H112		
日本脳炎 Japanese Encephalitis				
時期	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回			
	2回			

その他の予防接種				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
MR (麻しん風しん)	24.5.26	MR HF009 希世 Exp.12.11.14		2回目

※麻疹・風疹はワクチンを2回接種している必要があります。
(MRワクチンも含みます)

【水痘，流行性耳下腺炎症】

その他の予防接種				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘	13.1.25			
アタック	13.4.5	アタック H605		