

予防接種および健康状況に関する調査票

(流行性耳下腺炎・水痘・風疹・麻疹・B型肝炎)

太枠内に記入してください。

	流行性耳下腺炎 (ムンプス/おたふく)	水痘 (水ぼうそう)	風疹 (三日はしか)	麻疹 (はしか)
接種歴	1回目(有・無) 年 月	1回目(有・無) 年 月	1回目(有・無) 年 月	1回目(有・無) 年 月
	2回目(有・無) 年 月	2回目(有・無) 年 月	2回目(有・無) 年 月	2回目(有・無) 年 月

	B型肝炎
接種歴	1回目(有・無) 年 月
	2回目(有・無) 年 月
	3回目(有・無) 年 月

<ワクチンの種類>

MR ワクチン : 麻疹・風疹 混合

MMR ワクチン : 麻疹・風疹・ムンプス 混合

MMRV ワクチン : 麻疹・風疹・ムンプス・水痘 混合

※母子健康手帳の予防接種実施欄や予防接種済証のコピーを
ホチキスで留めて添付してください。

※接種歴は西暦で記入してください。

既往歴	今まで治療を受けたことがある病気(身体的・精神的な病気)がありますか 有・無 ※有りの場合には、病名、年齢等を記入してください
現病歴	現在治療している病気(身体的・精神的な病気)がありますか 有・無 ※有りの場合には、現在の経過や治療等を記入してください
アレルギー	アレルギーはありますか 有・無 ※有りの場合には、種類を記入してください 種類:

※この調査票で得られた情報については、在学中の健康管理を目的に使用し、第三者への開示など目的以外に使用することはありません。

2026 年度入学 48 期生 学籍番号

氏名

注意事項および記入例

本学院は医療関係者である看護師を養成する専門学校です。医療関係者は自分自身が感染症から身を守るとともに、自分自身が院内感染の基とならないよう、一般の人々よりもさらに感染症予防に積極的である必要があります。また臨床（病院等）実習をさせていただく場合は、免疫を獲得した上で実習を開始することが原則となっています。

そのため入学後に各種抗体価検査を実施し、抗体価が本学の基準を満たしていない場合は、ワクチン接種が必要か判定します。判定にあたり、ワクチン接種歴や既往歴など健康状況の把握が必要となるため、別紙の「予防接種および健康状況に関する調査票」をA4サイズで印刷し、ご記入いただいたうえで入学時オリエンテーションにてご提出ください。なお接種歴は、母子健康手帳の予防接種実施欄や予防接種済証を確認の上、記入してください。

※ワクチン接種の判定基準および接種の考え方は、日本環境感染学会の「医療者のためのワクチンガイドライン」に基づきます。

記入例

4月6日（月）にご提出ください

ホチキス

予防接種および健康状況に関する調査票

(流行性耳下腺炎・水痘・風疹・麻疹・B型肝炎)

太枠内に記入してください。

	流行性耳下腺炎 (ムンプス/おたふく)	水痘 (水ぼうそう)	風疹 (三日はしか)	麻疹 (はしか)
接種歴	1回目(有・無) 2009年12月	1回目(有・無) 年 月	1回目(有・無) 2009年10月	1回目(有・無) 2009年10月
	2回目(有・無) 年 月	2回目(有・無) 年 月	2回目(有・無) 2009年11月	2回目(有・無) 2009年11月

	B型肝炎
接種歴	1回目(有・無) 年 月
	2回目(有・無) 年 月
	3回目(有・無) 年 月

<ワクチンの種類>

MRワクチン：麻疹・風疹 混合

MMRワクチン：麻疹・風疹・ムンプス 混合

MMRVワクチン：麻疹・風疹・ムンプス・水痘 混合

※母子健康手帳の予防接種実施欄や予防接種済証のコピーを
ホチキスで留めて添付してください。

※接種歴は西暦で記入してください。

既往歴	今まで治療を受けたことがある病気(身体的・精神的な病気)がありますか 有・無 ※有りの場合には、病名・年齢等を記入してください 小児喘息(14歳ぐらまで)
現病歴	現在治療している病気(身体的・精神的な病気)がありますか 有・無 ※有りの場合には、現在の経過や治療等を記入してください
アレルギー	アレルギーはありますか 有・無 ※有りの場合には、種類を記入してください 種類： ペニシリン、乳製品

※この調査票で得られた情報については、在学中の健康管理を目的に使用し、第三者への開示など目的以外に使用することはありません。

2026年度入学 48期生 学籍番号 ※記入しないでください 氏名 帝京 花子