

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
罹患歴	年 月	年 月	年 月	年 月

	B型肝炎	<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。すべてのコピーに氏名を記入してください。 ※接種歴・罹患歴は西暦で記入してください。 ※罹患歴は母子健康手帳に記載されているものを記入してください。
接種歴	1回目 (有・無) 年 月	
	2回目 (有・無) 年 月	
	3回目 (有・無) 年 月	

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。

2027 年度入学 49 期生 学籍番号 氏名

注意事項および記入例

本学院は、医療従事者である看護師を養成する専門学校です。医療従事者には、自らが感染症から身を守ることはもちろん、院内感染の原因とならないよう、一般の方々以上に感染予防に努めることが求められます。また、病院等での臨地実習を行うにあたっては、必要な免疫を獲得したうえで実習を開始することが原則となっています。

そのため、本学院では入学後に各種感染症の抗体価検査を実施します。検査の結果、抗体価が本学院の基準を満たしていない場合には、ワクチン接種の必要性について判定を行います。判定にあたっては、予防接種歴や既往歴などの健康状況を把握する必要があります。

つきましては、別紙「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、必要事項をご記入のうえ、入学時オリエンテーションにてご提出ください。予防接種歴については、母子健康手帳の予防接種実施欄または予防接種済証をご確認のうえ、正確にご記入くださいますようお願いいたします。

※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第5版」に基づきます。

記入例

4月6日（火）にご提出ください

※必ず記入

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) 2010年 2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) 2014年 11月	2回目 (有・無) 2014年 11月
罹患歴	年 月	2014年 9月	年 月	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。すべてのコピーに氏名を記入してください。

※接種歴・罹患歴は西暦で記入してください。

※罹患歴は母子健康手帳に記載されているものを記入してください

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。

2027年度入学 49期生 学籍番号 記入しないでください 氏名 帝京 花子

帝京高等看護学院