

予防接種歴調査票（看護学部・助産学専攻科）

フリガナ			生年月日（西暦）	年 月 日
氏名				

- ・この予防接種歴調査票は、これからの学生生活に必要な予防接種歴と抗体価を記載し、自己管理するものです。
- ・Ⅰ) B型肝炎とⅡ) 小児感染症（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）の内容をよく読んで記載してください。
- ・母子健康手帳や予防接種証明書は実習先へ提出する必要があるため、自己責任で大切に管理してください。
- ・接種にあたっては、「感染症予防に関するお願い」をご確認下さい。

[保健センターHP](#)の看護学部・入学予定者の皆様（入学前からの予防接種のお願い）にあります。

- ・【問い合わせ先】 山梨県立大学池田キャンパス保健センター 055-269-6610



保健センターHP

I) B型肝炎について

「免疫が獲得されている」とは、0、1、6か月後の3回、ワクチン接種（1シリーズ）を行い、3回目の接種終了後から1～2か月後に HBs抗体検査を行い、10mIU/mL 以上であること です。

STEP1 予防接種歴の確認

母子健康手帳等を確認しながら、接種年月日（西暦/月/日）等を記入しましょう。（接種していない場合もあります。）

接種年月日（西暦/月/日）			3回目接種後 HBs抗体検査		接種歴 <input checked="" type="checkbox"/> してください		
1回目	2回目	3回目	検査日	結果	接種完了	接種中	接種歴なし・不明
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STEP2 予防接種の実施

STEP1 において、接種歴がない・または不明の場合は、ワクチン接種（任意接種）、抗体検査が推奨されています。下記のどちらかを実施してください。

方法①大学内で実施する B型肝炎予防接種に申込

→後日案内します。接種後に下記の記載をして下さい。（1シリーズ3回接種・希望制・自己負担）

方法②個別にかかりつけ医・医療機関にて接種をする

→下記ア、イの順で接種し、母子健康手帳に記載、または医療機関で証明書（ワクチン名ロットNo.が記載されたもの）を発行してもらいましょう。

ア.HBs抗原検査・HBs抗体検査を実施（接種実施前）

検査日令和 年 月 日 検査機関:

	HBs抗原検査	HBs抗体検査
検査結果		
備考	陽性の場合は、医師の指示に従ってください	陽性の場合は、ワクチン接種不要です

イ.ワクチン接種を行い、3回目の接種終了後、2か月後に HBs抗体検査を行い、10mIU/mL 以上であることを確認する。

	ワクチン名	接種年月日	医療機関名
1回目			
2回目 1回目接種から4週間後			
3回目 1回目接種から20～24週間後			
3回目接種完了後、4～8 週後 HBs抗体検査		検査実施日:	結果:

※抗体陰性の場合は、もう1シリーズの再接種が推奨されています。医師に相談して、再接種を検討してください。

Ⅱ) 小児感染症(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)について

「免疫が獲得されている」とは、次のどちらかを満たしていることです。

- ・1歳以上で、2回以上の予防接種を受けた記録がある。
- ・予防接種記録がない、または不明な場合は、抗体価検査の結果、じゅうぶんな抗体がある。

STEP1 予防接種歴の確認

母子健康手帳を見ながら、1歳以上で2回以上の予防接種を受けた記録があるか確認し、接種年月日(西暦/月/日)を記入し、あてはまる接種歴にチェックをしてください。

項目	接種年月日(西暦/月/日)		接種歴 <input checked="" type="checkbox"/> してください		
	1回目	2回目	2回接種済	1回接種済	記録なし・不明
麻疹(M)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
風疹(R)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水痘			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
流行性耳下腺炎(ムンプス)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※麻疹風疹混合(MRワクチン)は麻疹(M)風疹(R)のそれぞれに同一の接種年月日を記載してください。二種混合(DT)は、ジフテリア・破傷風のワクチンなので違います。

STEP2 抗体価の確認

STEP1において、接種歴の記録がない、または不明の項目がある場合は、下記のどちらかを実施してください。

方法① 抗体価検査を受けず、少なくとも1か月以上あけて、2回の予防接種を受ける。→STEP3へ

方法② 抗体価検査を受け、数値により必要な回数の予防接種を受ける。

→下記表に抗体価検査結果を記入し、ワクチン接種の必要回数に○をしてください。

※抗体価検査は入学時健康診断で実施し5月下旬に結果を返却します。早めに確認したい場合は各自医療機関にて検査(自己負担)をしてください。

検査日令和 年 月 日 検査機関:

記録なし 不明 <input checked="" type="checkbox"/>	項目	抗体価検査結果 (EIA法 IgG)	当てはまる値に○		
			ワクチン接種は		
			あと2回必要	あと1回必要	必要なし
<input type="checkbox"/>	麻疹		2.0未満	2.0~15.9	16.0以上
<input type="checkbox"/>	風疹		2.0未満	2.0~7.9	8.0以上
<input type="checkbox"/>	水痘		2.0未満	2.0~3.9	4.0以上
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(ムンプス)		2.0未満	2.0~3.9	4.0以上

STEP3 予防接種(任意)の実施

STEP1で接種歴が1回接種のみの場合 →あと1回の接種

接種歴がない・不明の場合 →STEP2で確認した回数の接種

ワクチン接種をした場合は、医療機関にて母子健康手帳に記載、もしくは証明書(ワクチン名ロットNo.が記載されたもの)を発行してもらいましょう。その予防接種記録の情報をご自身で以下に記入してください。

ワクチン名	接種年月日	医療機関名