

久留米大学人間健康学部スポーツ医科学科 ワクチン接種プログラムの概要

入学前に麻疹・風疹の免疫を獲得しているか確認しましょう。

1. 麻疹(はしか)、風疹 (3日はしか)

麻疹・風疹は、成人でも発症することがあり、特に麻疹は成人が罹患すると、より重症化しやすいことが知られています。発症した場合、自身が感染源となり学内、実習先の施設や病院で感染を広げる可能性があります。すべての学生が十分な免疫を獲得した上で、入学、実習に参加することが原則です。

「十分な免疫を獲得したもの」には、以下のいずれかが該当します。

- ① 麻疹と風疹の2回のワクチン接種歴を書面（母子手帳など）で確認できること。
- ② 各疾患に対して抗体検査で十分な抗体価を持つこと。

母子手帳などの記録で麻疹・風疹のワクチン接種歴を確認し、証明書（別紙）に記入し提出してください。「1回の接種が確認できている」場合は医療機関で2回目のワクチン接種を受けてください。「ワクチン接種歴が書面で確認できない」場合、あるいは、麻疹・風疹に罹ったことがありワクチン接種を受けていない場合は、医療機関で麻疹・風疹の抗体価検査を受けて、感受性者（ワクチン接種が必要な方）はワクチン接種を受けて、証明書に必要事項を記入の上、提出してください。

各種抗体検査法と感受性者（ワクチン接種が必要な方）の基準

	抗体価測定方法	感受性者		非感受性者
		2回接種が必要	1回接種が必要	現在は不要
麻疹	EIA法（Ig G）	2.0未満	16.0未満	16.0以上
風疹	EIA法（Ig G）	2.0未満	8.0未満	8.0以上

医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版、日本環境感染学会

受診した医療機関の医師に本書類をご提示下さい。

➡提出日：新入生オリエンテーション時（2024年4月3日）

アレルギー等でワクチン接種ができない場合はその旨申し出てください。

問い合わせ先:久留米大学人間健康学部教務担当(0942-44-2071)【受付:9:00-17:00(平日のみ)】

2. インフルエンザ（入学後）

12月から3月までの期間に医療機関や施設実習を行う場合は、原則としてインフルエンザワクチン接種を受けていただきます。詳細は、該当する学生に入学後に説明します。

3. B型肝炎（入学後）

B型肝炎は、患者の血液・体液を介して伝播するウイルス性疾患です。ケガをした人や血液・体液に直接的・間接的に接触する可能性のある学生は、B型肝炎ワクチンの接種を受けておくことが原則です。本学では、スポーツ現場で実習を行うトレーナーを志望する学生にはB型肝炎のワクチン接種を強く推奨しています。詳細は、該当する学生に入学後に説明します。

久留米大学人間健康学部スポーツ医科学科

ワクチン接種歴調査表 抗体価検査とワクチン接種証明書

ふりがな
氏名 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

学籍番号 _____ 住 所 _____

※学籍番号はオリエンテーション時に学生証を確認して記入してください。

➡母子手帳など書面でワクチン接種歴を確認できる場合

		ワクチン接種日						
麻 疹	1回目	年	月	日	2回目	年	月	日
	Lot. No.	医療機関名			Lot. No.	医療機関名		
風 疹	1回目	年	月	日	2回目	年	月	日
	Lot. No.	医療機関名			Lot. No.	医療機関名		

➡ワクチン接種を1回受けている場合 ➡ 医療機関で2回目の接種を受けてください

➡ワクチン接種歴を書面で確認できない場合 ➡ 医療期間を受診してください。

=====

医療機関 御中

本学では、入学前に麻疹・風疹の2回のワクチン接種歴の確認をお願いしています。1回の接種が確認できている場合は2回目のワクチン接種をお願いいたします。既罹患などでワクチン接種歴が確認できない場合は、抗体価測定と感受性者へのワクチン接種を勧奨しています。麻疹、風疹の抗体価 EIA 法 (IgG) による測定をお願いします。基準を満たさない場合は、できるだけワクチン接種を実施いただき、お手数ですが以下の「抗体価結果・ワクチン接種証明書」を手交していただきますようお願いいたします。なお、証明は貴院の書式でも結構です。抗体価検査の検査結果のコピーを添付してください。指定以外の検査方法で測定された場合は検査法をご記入ください。

=====

抗体価検査結果およびワクチン接種証明書

抗体価検査	検査日	抗体価 (検査法)	検査結果 判定	陰性の場合 ワクチン接種日
麻 疹 EIA 法 (IgG)	年 月 日	()	<input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 (-)	年 月 日 Lot. No.
風 疹 EIA 法 (IgG)	年 月 日	()	<input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 (-)	年 月 日 Lot. No.

上記のとおり相違ありません。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____ 施設名 _____

医師名 _____ 印