

保護者各位

八戸学院大学  
健康医療学部看護学科 学科長  
(公印省略)

### 看護実習に伴う健康管理のための

### 感染症抗体価検査と予防接種のお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本学の教育活動につきましては、平素より格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、看護学科では、病院などの医療機関や施設などで実習があります。実習では、感染症に罹患した患者様と接触する機会があり、学生が感染する可能性があります。学生が感染した場合、学校保健安全法に定められている期間は出校停止となり、その間は実習を行うことが不可能になります。また、学生から患者様への感染も考えられ、実習病院・施設からは実習前の抗体価検査と予防接種実施状況の届け出が義務付けられています。看護実習は1年次の7月から始まりますので、入学前からの準備が必要になります。

看護学生の健康管理や感染予防対策は、一般学生とは意味合いを異にすることを十分にご理解いただき、下記の実施依頼内容へのご理解・ご協力をお願い申し上げます。抗体価検査および予防接種の実施は、一定期間を要する場合がありますので、「医療機関に対する依頼文書(様式1)」と「感染症検査結果およびワクチン接種報告書(様式2)」をご持参のうえ、早めに医療機関を受診していただきますようお願い申し上げます。なお、医療機関の指定はございません。

抗体価検査後、医療機関から「感染症検査結果およびワクチン接種報告書(様式2)」を記入していただき、そのコピーと検査結果報告書のコピーを一緒に4月8日(月曜日)の初回講義に持参していただきますようお願い申し上げます。

謹白

#### 記

#### ○ 実施依頼内容

- |            |   |                      |
|------------|---|----------------------|
| 1. 麻疹      | : | 抗体価検査および予防接種         |
| 2. 風疹      | : | 抗体価検査および予防接種         |
| 3. 流行性耳下腺炎 | : | 抗体価検査および予防接種         |
| 4. 水痘      | : | 抗体価検査および予防接種         |
| 5. B型肝炎    | : | HBs抗原・抗体検査および予防接種    |
| 6. 結核      | : | IGRA検査(QFTまたはT-spot) |
| 7. C型肝炎    | : | HCV抗体検査              |
| 8. 梅毒      | : | TPHA検査               |

#### ○4月8日までに看護学科実習館事務室へご提出いただくもの

1. 医療機関が記入した「感染症検査結果およびワクチン接種報告書(様式2)」のコピー1部
2. 検査結果報告書のコピー1部

#### ○ 詳細は「感染症予防対策に関する実施内容および注意事項」をご確認ください。

こちらについてのお問い合わせは、下記のとおり承ります。内容を確認いたしましてご回答いたしますので、お時間を要する際もごさいます。また、匿名の場合は回答いたしかねます。

【お問い合わせ】別紙案内資料にある「入学前のお問い合わせ窓口」のフォームをご利用ください。

# 感染症予防対策に関する実施内容および注意事項

## 1. 入学前の実施事項

「医療機関に対する依頼文書（様式1）」と「感染症検査結果およびワクチン接種報告書（様式2）」を持参し、医療機関の受診をお願いします。抗体価検査、予防接種の費用は自己負担となります。料金につきましては医療機関により異なりますので、ご確認ください。

### 1) 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘の感染予防対策

抗体価検査をお願いします。

- ①幼少時に罹患している場合でも、年数の経過と共に免疫力が低下している場合がありますので、抗体価検査は必ず実施してください。
- ②抗体価検査の結果、抗体価が「陰性」の場合は4週間以上の間隔をあけて2回の予防接種をお願いします。「疑陽性」の場合は、1回の予防接種をお願いします。

### 2) B型肝炎の感染予防対策

- ①B型肝炎は、HBs抗原・HBs抗体価検査をお願いします。抗体検査の結果が「陰性」の場合は、予防接種（1クール3回、最終抗体価検査）をお願いします。抗体が得られなかった場合は2クール目をお願いします。尚、接種の完了には、場合によっては1年以上の期間を要する場合がありますので、計画的に進むよう時期については予防接種を受けた医師とご相談ください。

### 3) 結核の感染予防対策

- ①IGRA検査（QFTまたはT-spot）をお願いします。尚、検査は予約が必要ですので、医療機関にご確認ください。
- ②「陽性」「判定保留」の場合は経過観察、精密検査・治療の必要性などを医師とご相談ください。

### 4) C型肝炎・梅毒の予防対策

- ①C型肝炎、梅毒の抗体価検査をお願いします。

## 2. 入学後の実施事項

### 1) 感染症検査結果報告書の提出について

- ①入学後、医療機関に記入してもらった「感染症検査結果およびワクチン接種報告書（様式2）」のコピーと検査結果報告書のコピーを4月8日（月曜日）の初回講義に持参してください。
- ②「感染症検査結果およびワクチン接種報告書（様式2）」が期日までに確認されない場合、実習に参加できない場合がありますので、くれぐれもご注意ください。

### 2) その他

- ①予防接種が完了していない場合は、早めに完了させてください。
- ②インフルエンザ予防接種は、1年次は任意ですが2年次から実習準備のために予防接種を実施していただきます。
- ③入学後は、毎年1回定期健康診断を実施します。結果は個別配布しますので、異常が認められた場合は、早めに受診等の対処を行ってください。

以上、よろしく願いいたします。

医療機関各位

八戸学院大学  
健康医療学部看護学科 学科長  
(公印省略)

## 看護実習に伴う感染症予防対策に関するお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本学の教育活動につきましては、平素より格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本学看護学科では、看護学生の実習に際して、実習先の医療機関・施設から厳重な感染予防対策の必要性についてご指導を賜り、対策を講じております。

つきましては、下記の項目について、抗体価検査の実施ならびに保護者の同意のもとで予防接種をお願いいたします。なお、保護者に対しましては、別途ご説明およびご協力依頼の文書を差し上げております。

抗体価検査および予防接種を実施した場合は、検査結果と実施年月日を「感染症検査結果およびワクチン接種報告書（様式2）」に毎回ご記入願います。なお、抗体価検査の結果のコピーを学生へお渡しくださいますよう、重ねてお願い申し上げます。

謹白

## 記

## ○ 実施依頼項目

1. 麻疹 : 抗体価検査
2. 風疹 : 抗体価検査
3. 流行性耳下腺炎 : 抗体価検査
4. 水痘 : 抗体価検査

※上記1～4の項目が「陰性」の場合は予防接種を4週間以上の間隔で2回お願いいたします。  
「疑陽性」の場合は1回接種をお願いいたします。

※1～4の検査については、E I A法を推奨致します。

5. B型肝炎 : HBs 抗原・抗体検査

※上記項目が「陰性」の場合は、1クール3回のHBワクチン接種及び接種後の抗体価検査をお願いいたします。抗体が得られなかった場合は2クール目をお願いいたします。入学後も継続となりますので時期については、学生とご相談の上お願いいたします。

6. 結核予防対策 : IGRA 検査 (QFT または T-spot)

※「陽性」「判定保留」の場合は、測定値のご記入をお願いいたします。また、経過観察、精密検査・治療の必要性などを対応の欄にご記入お願いいたします。

7. C型肝炎 : HCV 抗体検査
8. 梅毒 : TPHA 検査

【 問い合わせ先 】 八戸学院大学 健康医療学部看護学科 実習館事務室

電話 0178-38-7700

## 感染症検査結果およびワクチン接種報告書

注:検査結果報告書のコピー添付をお願いします。

学籍番号:

|   |          |                |
|---|----------|----------------|
| フリガナ<br>学生氏名:   | 男・女      | 生年月日<br>年 月 日生 |
| 【麻疹】令和 年 月 日検査<br>抗体（陽性・疑陽性・陰性： ）<br>予防接種：1回目 年 月 日実施<br>予防接種：2回目 年 月 日実施<br>※検査がE I A法以外はご記載をお願いします。（ ）  |          |                |
| 【風疹】令和 年 月 日検査<br>抗体（陽性・疑陽性・陰性： ）<br>予防接種：1回目 年 月 日実施<br>予防接種：2回目 年 月 日実施<br>※検査がE I A法以外はご記載をお願いします。（ ）  |          |                |
| 【流行性耳下腺炎】令和 年 月 日検査<br>抗体（陽性・疑陽性・陰性： ）<br>予防接種：1回目 年 月 日実施<br>予防接種：2回目 年 月 日実施<br>※検査がE I A法以外はご記載をお願いします。（ ）   |          |                |
| 【水痘】令和 年 月 日検査<br>抗体（陽性・疑陽性・陰性： ）<br>予防接種：1回目 年 月 日実施<br>予防接種：2回目 年 月 日実施<br>※検査がE I A法以外はご記載をお願いします。（ ）  |          |                |
| 【B型肝炎】令和 年 月 日検査<br>HBs 抗原検査（陽性・陰性： ） HBs 抗体価検査（陽性・陰性： mIU/mL）<br>1クール目 HB ワクチン接種 1回目（日付 / ） 2回目（日付 / ） 3回目（日付 / ）<br>1クール目 HB ワクチン接種後抗体価検査 HBs 抗体価（陽性・疑陽性・陰性： mIU/mL）<br>↓<br>1クール3回目接種後、抗体価検査で疑陽性・陰性の場合は2クール目開始<br>2クール目 HB ワクチン接種 1回目（日付 / ） 2回目（日付 / ） 3回目（日付 / ）<br>2クール目 HB ワクチン接種後抗体価検査 HBs 抗体価（陽性・疑陽性・陰性： mIU/mL） |          |                |
| 【結核】令和 年 月 日検査<br>IGRA 検査（QFT または T-spot）（陽性・判定保留・陰性： IU/ml）<br>陽性・判定保留時の対応：（ ）   |          |                |
| 【C型肝炎】令和 年 月 日検査<br>HCV 抗体検査（陽性・陰性： ）   |          |                |
| 【梅毒】令和 年 月 日検査<br>TPHA 検査（陽性・陰性： ）  |          |                |
| 医療機関名:  | 令和 年 月 日 |                |
| 住所  | 担当医師名    | 印              |