

## 麻しん・風しん 証明書類 添付用紙

フリガナ		性別Gender	男Men・女Women			
氏名 Name		学籍番号 Student ID				
E-mail		年齢Age	歳			
TEL		生年月日 Birthday	西暦	年	月	日
所属 Faculty	学部 研究科	学科 専攻	year	month	day	

この用紙は御自身で御記入ください。(医療機関で書いていただく必要はありません。)

記載内容を証明する、母子手帳の該当ページや接種記録、検査結果等のコピーを糊付けしてください。

証明書をお持ちの場合、コピーを糊付けし、原本は手元に残すようにしてください。

### 予防接種歴 Vaccination record ※満1歳以上での接種について記入してください。

	予防接種 1回目 first	種類に○	予防接種 2回目 second	種類に○
麻しん (はしか) Measles	西暦(Christian Era) 年 月 日 year month day	麻しん単独 MR MMR その他	西暦(Christian Era) 年 月 日 year month day	麻しん単独 MR MMR その他
風しん (三日ばしか) Rubella	西暦(Christian Era) 年 月 日 year month day	風しん単独 MR MMR その他	西暦(Christian Era) 年 月 日 year month day	風しん単独 MR MMR その他

備考欄 (3回以上などの場合 上記に加えて書いてください。)

--

【予防接種歴に必要な条件の書類は、以下のとおりです。】

- 麻しんと風しんに対するワクチンの接種を満1歳以降にそれぞれについて2回ずつ受けたことを証明する書類 (推奨)
- 過去5年以内に麻しんと風しんのワクチンの接種を、それぞれについて1回ずつ受けたことを証明する書類
  - ※ ②の場合でも2回接種している場合は、上記に記載しその証明書を添付してください。
  - ※ 医学部(医学科, 保健学科), 大学院医学研究科・保健学研究科では①に限ります。

### 抗体検査 Blood sampling result (Antibody-test)

#### 上記の予防接種歴の条件を満たさない場合のみ

過去5年以内に受けた麻しんと風しんの抗体検査の結果が、「麻しんと風しんの発症を防ぐのに十分な血中抗体価」(下記参照)を有していることを証明する書類が必要です。

予防接種歴で条件を満たす場合は、測定をする必要はありません。

抗体検査の結果が基準値以下の場合は、ワクチン接種が必要です。

抗体検査の有効期限は入学年度初日を基準として5年以内です。

- ①検査日 ②測定抗体価 ③測定法の基準値 が含まれる 検査結果や証明書のコピーを糊付けして下さい。

	検査日 sampling date	測定方法に○	検査値	一般基準	医学系基準
麻しん (はしか) Measles	西暦(Christian Era) 年 月 日 year month day	Ig-G EIA法*# PA法 NT法		8.0 以上 256倍 以上 4倍 以上	16.0 以上 256倍 以上 8倍 以上
風しん (三日ばしか) Rubella	西暦(Christian Era) 年 月 日 year month day	HI法* Ig-G EIA法#		32倍 以上 8.0 以上	32倍 以上 8.0 以上

\* 麻しんではIgG-EIA、風しんではHI法を推奨しています。(麻しんのHI法は評価ができません。)

# 測定法のIgG-EIAの基準値は現在日本で広く用いられているデンカ生研キットの基準値です。

他社方法では基準値が異なりますので医療機関に御確認いただき、他社の場合には、別の測定法での測定をおすすめします。

抗体検査が低値にもかかわらず、体質その他の理由で、予防接種が接種できない場合は、下記に記入してください。

証明書等がある場合は、コピーを糊付けしてください。

理由:

--

# 提出見本

## 麻疹・風しん 証明書類 添付用紙

フリガナ	氏名	性別	生年月日 (西暦記入)
姓	名	男・女	年 月 日
フリガナ	フリガナ	年齢	生年月日 (西暦)
姓	名	歳	年 月 日
所属	学部 授業科	学年	西暦 年 月 日 year month day

すべて記入

上部 2 cm ほどを  
左右の隙間なくのり付け  
(のり付けの際は上の用紙と  
角をそろえて)

この用紙は前向きで記入してください。(両面印刷を避けていただく必要があります。)  
記載内容を証明する。母子手帳の記録ページや接種記録、接種歴等のコピーを裏面に貼付してください。  
印刷用紙の持ち合わせ、並びにその取り扱い、責任は申込者に預ります。

### 予防接種履歴 Vaccination record

	予防接種 1回目 1st	接種日	予防接種 2回目 2nd	接種日
麻疹 (はしか) Measles	西暦 (Christian Era) 年 月 日 year month day	接種 年月日 year month day	西暦 (Christian Era) 年 月 日 year month day	接種 年月日 year month day
風しん (三日ばしか) Rubella	西暦 (Christian Era) 年 月 日 year month day	麻疹同時 接種 年月日 year month day	西暦 (Christian Era) 年 月 日 year month day	麻疹同時 接種 年月日 year month day

※1歳以上の接種について記入してください。  
備考欄 (3歳以上の接種 上記に記入してください)

用紙をよく読み、あてはまる箇所に記入し、記入した内容の証明書をコピーする

【予防接種歴が記載された母子手帳のコピーを添付してください。】  
① 麻疹と風しんに付する  
② 過去5年以内は麻疹と風しん  
※ 医学部 (医学科、保健科)

### 抗体検査 Blood sar

#### 上記の予防接種履歴の

過去5年以内に受け入れた  
抗体検査の結果を添付してください。  
抗体検査の結果が非接種者  
抗体検査の結果が非接種者  
抗体検査の結果が非接種者

麻疹 (はしか) Measles	抗体検査結果
風しん (三日ばしか) Rubella	抗体検査結果

※ 麻疹ではIgG-IgM  
※ 風しんではIgG-IgM  
※ 抗体検査の結果が非接種者  
※ 抗体検査の結果が非接種者

**母子手帳コピー等**  
A4サイズでコピーして  
角をそろえて重ねる