

保護者の皆様、ご入学の皆様

実習履修に際しての感染症対策について

拝啓

皆様におかれましてはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、こども芸術学科では、国家資格である「幼稚園教諭一種」と「保育士」の養成課程として、幼稚園教育実習および保育実習を行うこととなります。実習に際しては、実習受け入れ施設への配慮と実習生本人の健康を守るため、感染症対策が必要となりますので、検査方法などについて下記のとおりご案内申し上げます。

抗体の保有者でなければ受け入れしてもらえない実習施設もありますので、ご理解のうえ、ご入学までに検査などお済ませくださいますようお願いいたします。

敬具

◆感染症項目 麻疹・風疹・おたふく風邪・水痘（水ぼうそう）

◇入学までのお願い◇

- ・予防接種（ワクチン接種）を受けているか（1歳以上）、または、罹患の診断書発行が可能かをご確認ください。
- ・必要に応じて、該当の感染症項目の抗体検査または、予防接種（ワクチン接種）を受けてください。

※ 確認方法や検査項目などの詳細は別紙①「抗体の確認について」をご確認ください。

◇入学後のガイダンスで提出◇

- ・母子手帳（原本） → 予防接種歴を確認できる方
- ・診断書 → 該当の感染症にかかった診断書がある方
- ・「感染症抗体検査結果記入のお願い」 → 抗体検査を受けた方
- ・「ワクチン接種証明書記入のお願い」 → ワクチン接種を受けた方

※ 複数のワクチン接種が必要な場合、入学までに接種を終えられないことがあります、可能な限り入学までに終えてください。

※ ワクチン接種、抗体検査にかかる費用については、医療機関にて自己負担となります。

※ ワクチン接種に関して不安のある場合は、あらかじめ受診医療機関もしくは本学保健センターへご相談いただきますよう、お願いいたします。

本件について不明な点がある場合、以下の連絡先へお問い合わせください。

実習に関する内容：こども芸術学科研究室（075-791-9282）

感染症対策に関する内容：保健センター（075-791-9343）

別紙①

抗体の確認について

ご確認いただく感染症は以下の4項目です。

麻疹・風疹・おたふく風邪・水痘（水ぼうそう）

まず、各感染症について1歳以上で2回の予防接種を受けているか、母子手帳に接種証明があるかをご確認ください。

※接種済の場合、母子手帳の予防接種ページに、「ロット No」のシールと医師の押印があります。

続いて、以下、感染症4項目、それぞれについてご確認ください。

○2回接種済の場合

母子手帳（原本）で各感染症につき2回の接種歴を確認しますので、入学後のガイダンス時に母子手帳を提出してください。

○1回接種済の場合・・・追加接種または抗体検査が必要です。

母子手帳（原本）で1回の接種歴を確認しますので、入学後のガイダンス時に母子手帳を提出してください。

1回接種の場合、追加で「ワクチン接種」（1回）を受けるか、「抗体検査」を受けてください。

ワクチン接種、抗体検査のどちらを受けるかは、かかりつけ医等にご相談ください。

「抗体検査」で抗体保有を調べた結果、抗体が基準値に満たない場合は、「ワクチン接種」を受ける必要があります。

※過去にその感染症にかかった場合で、罹患した診断書の提出が可能な場合は、ワクチン接種、抗体検査のいずれも不要です。入学後のガイダンス時に診断書を提出してください。

○未接種の場合、または母子手帳がない場合・・・ワクチン接種または抗体検査が必要です。

「ワクチン接種」（2回）を受けるか、「抗体検査」を受けてください。

ワクチン接種、抗体検査のどちらを受けるかは、かかりつけ医等にご相談ください。

「抗体検査」で抗体保有を調べた結果、抗体が基準値に満たない場合は、「ワクチン接種」を受ける必要があります。

※過去にその感染症にかかった場合で、罹患した診断書の提出が可能な場合は、ワクチン接種、抗体検査のいずれも不要です。入学後のガイダンス時に診断書を提出してください。

- 「抗体検査」を受ける場合は、別紙②③を医療機関に提出してください。
別紙②「感染症抗体検査とワクチン接種のお願い」、別紙③「感染症抗体検査結果記入のお願い」
- 「ワクチン接種」を受ける場合は、医療機関で母子手帳に接種印を受けるか、別紙④「ワクチン接種証明書」の作成を依頼してください。

保育実習抗体検査
実施医療機関 ご担当医様感染症抗体検査とワクチン接種のお願い
(感染症抗体検査の基準について)

本学こども芸術学科では、学外の保育所・幼稚園等で実習活動を行います。履修に際しては、実習施設への配慮と学生の健康を守るため、感染症対策を実施しています。

つきましては、必要項目の抗体検査の実施と、下記の基準値に満たない場合のワクチン接種をお願い致します。なお、検査は下記に示しております検査方法で実施していただきますようお願いいたします。

記

◆感染症項目 **麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘**

◆抗体検査およびワクチン接種基準

疾患名	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
麻疹	EIA法 (IgG) : 陰性 あるいはPA法 : <1:16 あるいは中和法 : <1:4	EIA法 (IgG) : (±) ~16.0 あるいはPA法 : 1:16, 32, 64, 128 あるいは中和法 : 1:4	EIA法 (IgG) : 16.0以上 あるいはPA法 : 1:256以上 あるいは中和法 : 1:8以上
風疹	HI法 : <1:8 あるいはEIA法 (IgG) : 陰性	HI法 : <1:8, 16 あるいはEIA法 (IgG) : (±) ~8.0	HI法 : 1:32以上 あるいはEIA法 (IgG) : 8.0以上
水痘	EIA法 (IgG) : 陰性 あるいはIAHA法 : <1:2 あるいは中和法 : <1:2	EIA法 (IgG) : 2.0~4.0 あるいはIAHA法 : 1:2 あるいは中和法 : 1:2	EIA法 (IgG) : 4.0以上 あるいはIAHA法 : 1:4以上 あるいは中和法 : 1:4以上 あるいは水痘抗原皮内テストで陽性 (5mm以上)
流行性耳下腺炎	EIA法 (IgG) : 陰性	EIA法 (IgG) : (±) ~4.0	EIA法 (IgG) : 4.0以上

◆ワクチン接種の必要回数

- ・抗体価陽性 (基準を満たさない) の場合、ワクチン接種1回
- ・陰性の場合、ワクチン接種2回 (既に1回接種済みの場合は1回)

◆「感染症抗体検査結果記入のお願い」について

各項目の測定値をご記入のうえ、医療機関名(又は医師名)の記載をお願い致します。

◆「ワクチン接種証明書記入のお願い」について

- ・各種ワクチンの接種証明書においては、「ワクチン名 (ロット NO) ・接種日 ・医療機関名 (又は医師名)」の記載をお願いしております。

※または、母子手帳への接種証明をお願いいたします。

以上

本件について不明な点がある場合、以下の連絡先へお問い合わせください。

ワクチン接種および抗体検査に関する内容:保健センター(075-791-9343)

実習に関する内容:こども芸術学科(075-791-9282)

2021年度生（実習履修用）

感染症抗体検査結果記入のお願い

ご多忙のところお手数ですが、下記にご記入くださいますようお願いいたします。

学籍番号： _____ 氏名： _____

※学籍番号は入学後に記入

<検査方法と基準値>

疾患名	抗体価陰性	抗体価陽性（基準を満たさない）	抗体価陽性（基準を満たす）
麻疹	EIA法（IgG）：陰性 あるいはPA法：<1:16 あるいは中和法：<1:4	EIA法（IgG）：（±）～16.0 あるいはPA法：1:16,32,64,128 あるいは中和法：1:4	EIA法（IgG）：16.0以上 あるいはPA法：1:256以上 あるいは中和法：1:8以上
風しん	HI法：<1:8 あるいはEIA法（IgG）：陰性	HI法：<1:8,16 あるいはEIA法（IgG）：（±）～8.0	HI法：1:32以上 あるいはEIA法（IgG）：8.0以上
水痘	EIA法（IgG）：陰性 あるいはIAHA法：<1:2 あるいは中和法：<1:2	EIA法（IgG）：2.0～4.0 あるいはIAHA法：1:2 あるいは中和法：1:2	EIA法（IgG）：4.0以上 あるいはIAHA法：1:4以上 あるいは中和法：1:4以上 あるいは水痘抗原皮内テストで陽性（5mm以上）
流行性耳下腺炎	EIA法（IgG）：陰性	EIA法（IgG）：（±）～4.0	EIA法（IgG）：4.0以上

<検査結果>

疾患名	検査方法（EIA法など）	測定値
麻疹		
風しん		
水痘		
流行性耳下腺炎		

年 月 日

医療機関名

医師名

印

*当大学では、上記検査方法と基準値を満たす場合に陽性と判定しています。

*検査結果を添付される際は、裏面をご利用ください。

<抗体検査結果（コピー）添付欄>

剥がれないように、四方を糊付けしてください。

（コピー貼付欄）

2021年度生（実習履修用）

ワクチン接種証明書記入のお願い

ご多忙のところお手数ですが、下記証明書にご記入くださいますようお願いいたします。

ワクチン接種証明書

学籍番号： _____ 氏名： _____

※学籍番号は入学後に記入

上記の者に、下記の予防接種を行ったことを証明します。

*該当ワクチン欄を○で囲み、メーカー／ロットの記入（添付）をしてください

*ワクチン接種を受けられない事由がある場合は、備考欄に記載してください

ワクチンの種類	接種日	メーカー／ロット	備考
MR(麻疹風疹混合)			
流行性耳下腺炎			
水痘			
麻疹			
風疹			

年 月 日

医療機関名

医師名

印

*この書式で証明書を発行できない場合は、貴院の書式で交付くださるようお願いいたします。