

【全員提出】麻疹（はしか）に関する確認書提出について

教育学部および教育学研究科では、教育現場での麻疹（はしか）の集団感染を予防するため、入学手続き書類として、麻疹（はしか）に関する予防接種歴または抗体保有状況を確認できる書類のご提出を求めています。提出対象は新入生全員です。

なお、麻疹（はしか）に関する確認書類の提出がない場合、実習等への参加に支障が生じることがございますので、あらかじめご了承ください。

1. 提出方法

- ① 「チェックフロー（様式①-1）」および「麻疹提出書類の提出方法について（様式①-2）」に従い、麻疹の免疫の有無を確認できる提出書類をご準備ください。
 - ② 提出書類の、右上余白部分（複数枚ある場合はすべて）に、氏名をご記入ください。
 - ③ 「麻疹証明書送付票（様式②）」を使用し、一番上を送付票になるように重ね、送付票と提出書類の左上を、まとめてホッチキスまたはのりで留めて提出してください。
- ※入学手続き期間内のご提出が難しい場合は、4月3日（金）【厳守】までに、教育学部学務担当宛に郵送でご提出ください。

2. 注意事項

- ・麻疹ワクチンは以下のいずれかです：
 - ・M ワクチン（麻疹単独ワクチン）
 - ・MR ワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）
 - ・MMR ワクチン（麻しん・おたふくかぜ・風しん混合ワクチン）
- ・これまでに一度も麻しん含有ワクチンを接種していない方は、教育学部学務担当までご連絡ください。
- ・麻疹に対する免疫が確認されている場合でも、体験先や実習先の要請により、抗体検査あるいはワクチン接種を受け、証明書等を提出していただくことがあります。
- ・麻疹抗体価検査結果の原本は、実習先から提示を求められることがありますので、手元で大切に保管してください。
- ・予防接種証明書は、実習先から提示を求められることがあります。提出前にコピーをとり、コピーは手元で大切に保管してください。

3. 提出書類郵送先およびお問い合わせ先

三重大学教育学部学務担当

〒514-8507 三重県津市栗真町屋町 1577

TEL:059-231-9319

E-mail: edu-gakumu@ab.mie-u.ac.jp

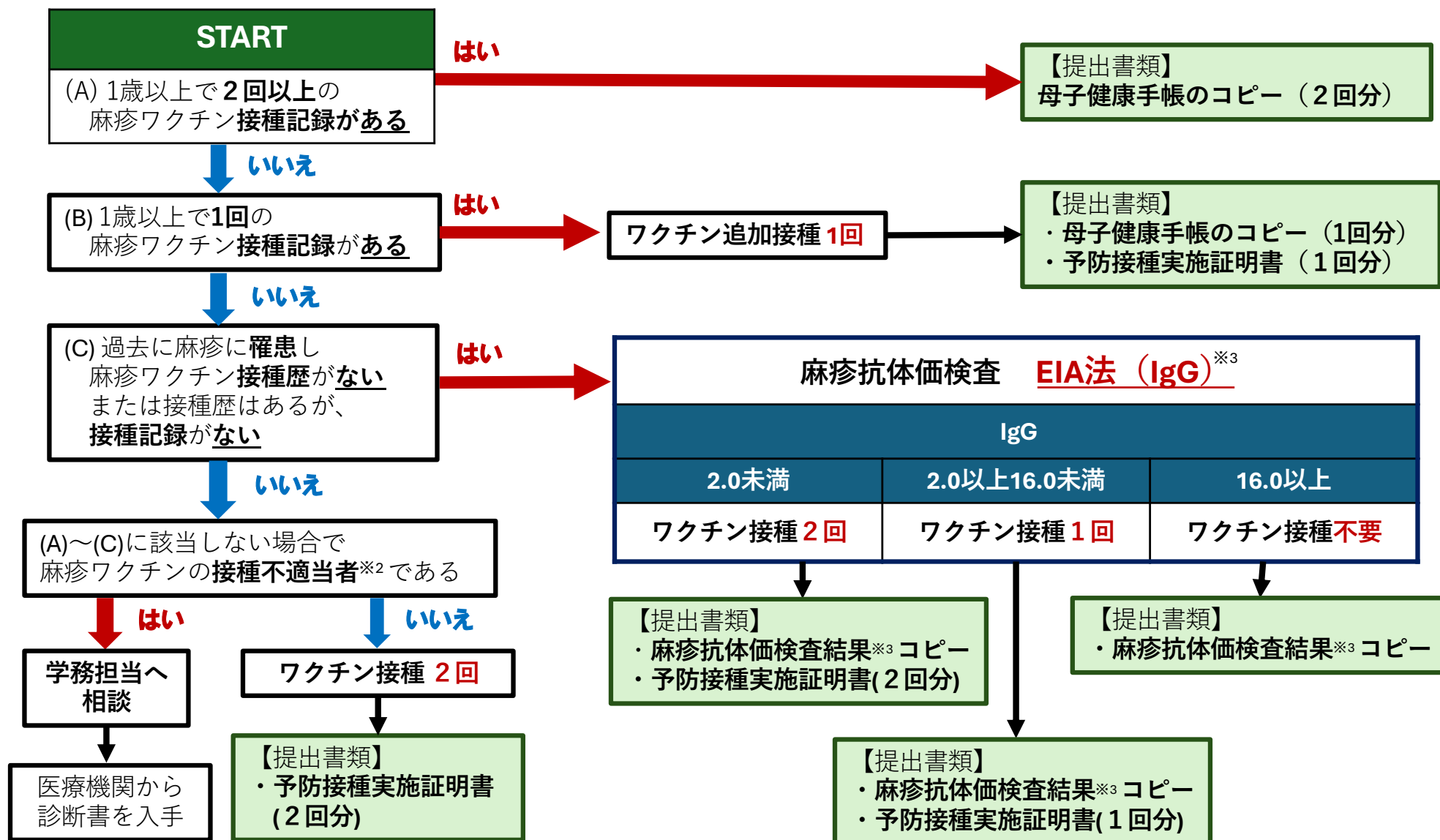
麻疹証明書類のチェックフロー（様式①-1）

三重大学保健管理センター作成

1. 母子健康手帳の予防接種記録のページで、麻疹ワクチン※¹を1歳以上で2回分接種した記録があるかを確認
2. 下記のチェックフローに従い、必要な書類を提出（詳細は別紙参照）

※¹ 麻疹ワクチンとは

- ・ M（麻疹単独）ワクチン
- ・ MR（麻疹・風疹混合）ワクチン
- ・ MMRワクチン（おたふく・麻疹・風疹混合）ワクチン



※² 接種不適当者とは 当ワクチン成分にアレルギーを有するもの、妊娠中もしくは妊娠の可能性のあるもの、それ以外の不適当な状態にあるもの

麻疹証明書類の提出方法について（様式①-2）

三重大学保健管理センター作成

1. 母子健康手帳（コピー）提出について

母子手帳の該当ページは、原寸のままA4用紙にコピーして提出してください。

※ ①と②両方のページのコピーが必要

①表紙、あるいは出生届出済証明のページ

必ず「氏名」「生年月日」が記載されていること。

表紙



出生届出済証明のページ

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください

性別	氏名	生年月日(年齢)	職業
子の 母 の 父	氏名	年 月 日(歳)	
	氏名	年 月 日(歳)	
	氏名	年 月 日(歳)	
保護者	氏名	年 月 日(歳)	
出生届	氏名	年 月 日(歳)	

出生届出済証明

子の氏名	出生の場所	出生の年月日
氏名	市区町村	年 月 日

上記の欄については、出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

OR

②予防接種記録のページ

1歳以上での麻疹ワクチン接種記録

予防接種の記録(1) Immunization Record

●感染症から子ども(自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも)を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 (年齢) YMD (Age)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ (115)	1回 76.12.16	MSD		左0.5ml
	2回 77.1.13	MSD		右0.5ml
	3回 77.3.7	MSD		左0.5ml
追加 24月 2018.1.11	MSD			右0.5ml
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回 76.12.16	MSD		左0.5ml
	2回 77.1.13	MSD		右0.5ml
	3回 77.3.7	MSD		左0.5ml
追加 24月 2018.1.11	MSD			右0.5ml
■ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 (年齢) YMD (Age)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
四種混合 ワクチン	1回 77.1.31	MSD		左0.5ml
	2回 77.3.7	MSD		右0.5ml
	3回 77.4.4	MSD		左0.5ml
追加 24月 2018.5.31	MSD			右0.5ml

予防接種の記録(2)

■BCG

接種年月日 (年齢) YMD (Age)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
77.1.31	MSD		左

■麻疹(はしか)・風しん Measles・Rubella

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 (年齢) YMD (Age)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹 (115)	1回 2018.1.11	MSD		0.5ml左
	2回 2022.7.2	MSD		0.5ml右

■水痘 Varicella

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 (年齢) YMD (Age)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘 (115)	1回 2018.2.10	MSD		0.5ml左
	2回 2018.11.17	MSD		0.5ml右

その他
Other

2. 予防接種実施証明書（原本）について

指定の貼付用紙（様式③）に貼りつけてご提出ください。

医療機関の発行するもので様式は問いませんが、本人氏名・ワクチンの種類・接種年月日が医師または病院名で証明されているものを**原本**で提出してください。

病院の明細書でロット番号シールが貼付されているものでも可。

※接種費用は自己負担です。2回接種の場合は1回目と2回目の間を4週間以上空ける必要があります。

3. 麻疹抗体価検査結果（コピー）について

指定の貼付用紙（様式③）に貼りつけてご提出ください。

医療機関の発行するもので様式は問いませんが、本人氏名・抗体価・検査法・検査年月日が記載されていること。**EIA法(IgG)**での検査結果以外は認められません。

※検査費用は自己負担です。検査結果が出るまでに一週間以上かかる場合があります。

貼付用紙

氏名 _____

※予防接種実施証明書（原本）または麻疹抗体価検査結果（コピー）を提出する場合にご使用ください※

この枠内に収まるように、証明書類を折り曲げて貼り付けてください。

- ・ A4 サイズで出力してください。
- ・ 添付書類は、この用紙の下に重ねて角をそろえ、ホッチキスまたはのりで留めてください。

麻疹証明書類送付票

提出年月日	西暦 20 年 月 日
コース	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
確認書類として次の書類を送付します。（複数送付可）	
<div><input type="checkbox"/> 母子健康手帳（コピー）<div><input type="checkbox"/> 1 回分<input type="checkbox"/> 2 回分</div></div>	<div><input type="checkbox"/> 原寸のまま A4 用紙にコピーしました。</div> <div><input type="checkbox"/> 表紙、あるいは出生届出済証明のページを添付しました。</div> <div><input type="checkbox"/> 予防接種記録のページを添付しました。</div> <div><input type="checkbox"/> 麻疹ワクチンの接種は 1 歳以上であることを確認しました。</div> <div><input type="checkbox"/> 添付書類の右上余白部分に氏名を記入しました。</div>
<div><input type="checkbox"/> 予防接種実施証明書（原本）<div><input type="checkbox"/> 1 回分<input type="checkbox"/> 2 回分</div></div>	<div><input type="checkbox"/> 本人氏名・ワクチンの種類・接種年月日が、医師または病院名で証明されています。</div> <div><input type="checkbox"/> 指定の貼付用紙（様式③・A4 サイズ）を使用しました。</div> <div><input type="checkbox"/> 貼付用紙（様式③）に氏名を記入しました。</div>
<div><input type="checkbox"/> 麻疹抗体価検査結果（コピー）</div>	<div><input type="checkbox"/> 検査方法は EIA-IgG 法です。</div> <div><input type="checkbox"/> 本人氏名・抗体価・検査法・検査年月日が記載されています。</div> <div><input type="checkbox"/> チェックフロー（様式①-1）で抗体価を確認し、提出書類を準備しました。</div> <div><input type="checkbox"/> 指定の貼付用紙（様式③・A4 サイズ）を使用しました。</div> <div><input type="checkbox"/> 貼付用紙（様式③）に氏名を記入しました。</div>

※記入上の注意事項

- ・ 提出書類の詳細については、必ず「麻疹提出書類の提出方法について」をご確認ください。
- ・ 記入は消えない筆記具をご使用ください。
- ・ □には該当する項目に✓を記入してください。