

医療機関担当医師 各位

木更津工業高等専門学校
学生主事 坂田 洋満

麻しん予防接種または抗体検査の実施について（お願い）

ご担当医 様

平素より本校の学校保健活動にご理解ご協力をいただきありがとうございます。

さて、本校では入学予定者に、2回の麻しん予防接種を受けていること、**または抗体検査の実施・証明書の提出を求めています。**※過去に2回の麻しん予防接種を受けていることが母子手帳等で確認できる場合は、本用紙の提出は不要です。

ご多忙の折、恐縮ですが、次の事項に関し、ご対応の程よろしくお願いいたします。

1. 下記のア・イに該当する場合は、予防接種をお願いします。
2. 下記のア・イに該当する場合でも、まず抗体検査を行い、その結果で予防接種をする方法でも問題ありません。
3. 下記のウ・エに該当する場合は、抗体検査をお願いします（**検査法はIgG・EIA法をお願いします。**）。

本校では検査の結果、抗体価が **8.0 未満** の場合は予防接種を受けることを求めます。

4. 下記の証明書にご記入をよろしくお願いいたします。

ア. 麻しんに罹患したことがなく、予防接種も受けていない
イ. 麻しんに罹患したことがなく、予防接種が1回のみ（1年以内に接種を受けた場合は除く）
ウ. 麻しんに罹患したかはっきりしない
エ. 母子健康手帳が見つからず、麻しんに罹患したか、はっきりしない、または予防接種を2回受けたかはっきりしない。

今回の件につきご不明な点がございましたら、下記へご連絡ください。

学生課 保健室 田村・森野
電話(保健室直通)0438 (30) 4036

----- 切 り 取 り 不 要 -----

証 明 書

木更津工業高等専門学校

学生氏名 _____

() 上記の学生に麻しん抗体検査 (IgG・EIA 法) を実施しました。

検査日：令和 7 年 月 日

検査結果：

() 上記の学生に麻しん予防接種を実施しました。

接種日：令和 7 年 月 日

ワクチン種類： MR (麻しん風しん二種混合)・ 麻しん

ロット番号：

令和 7 年 月 日

医療機関名 ：

住所 ：

医師名 ：

印