

## 【麻しん(はしか)に関する確認書】(NO.2)

専攻【                      】学籍番号【                      】氏名【                      】

1. 麻しんに対する抗体検査を受ける方は、下記に証明をもらって下さい。  
検査方法は下記の①～③のいずれかをお願いします。

検査方法(実施した検査に○を付けて下さい)	
①EIA法—IgG (本学推奨)	
②NT法	
③PA法	
検査年月日 (西暦)	年      月      日
検査結果	抗体価(値)【                      】
上記のとおり、検査結果を証明します。	
住 所	
医療機関名	Ⓜ
医 師 名	

- 検査結果が下記の基準値以下の方は、MRワクチンもしくは麻しんワクチンを接種してください。  
※本学の基準値は、麻しんの発症予防のため、検査機関の基準値より高く設定されています。

検査法	本学の基準値
EIA法—IgG検査(推奨)	抗体価：8.0以上
NT法検査	抗体価：4倍以上
PA法検査	抗体価：128倍以上

2. 麻しんのワクチン接種を受ける方は、下記に証明をもらって下さい。(MRワクチン推奨)

接種年月日 (西暦)	年      月      日
使用ワクチン名	_____ Lot.No._____
上記のとおり、予防接種を実施したことを証明します。	
住 所	
医療機関名	Ⓜ
医 師 名	

3. 強いアレルギー反応や病気等で予防接種が受けられない場合は、下記に予防接種を不可とする医師の証明をもらって下さい。

【医師の意見】	
住 所	
医療機関名	Ⓜ
医 師 名	