

麻しん・風しん調査票の提出のお願いについて

福井県立大学では、学内での麻しん（はしか）や風しん（三日はしか）の発生およびまん延を防ぐため、ご入学される方全員に対して、麻しん・風しんの罹患歴あるいは予防接種を調査させていただいております。

つきましては、麻しん・風しん調査票（別紙）に記入および記録を貼付の上、入学手続きの際にご提出ください。母子手帳や予防接種記録を紛失された場合には、予防接種を受けられた各市町村役場の保健係または医療機関等に記録が残っていることがありますので、自治体の担当窓口あるいは医療機関にお問合せの上、ご記入、ご貼付ください。

なお、麻しん・風しんの予防接種歴・罹患歴のどちらもない方は、かかりつけ医等にご相談のうえ、この機会に予防接種をぜひお受けになるようにお勧めします。本学に入学される皆様におかれましては、上記の趣旨を十分ご理解のうえ、ご協力くださいますよう、重ねてお願いいたします。

●麻しんと風しんについて

- ・ 麻しん（はしか）は罹患すると、特に成人は重い合併症を発症して命に関わることもあります。特別な治療法はなく、合併症がなくても入院を要することも多く、回復までに時間がかかる重い病気です。
- ・ 風しん（三日はしか）は非常に感染力が強く、妊娠中に罹患した場合、赤ちゃんの目や耳や心臓に障がいが生じる可能性があります。
- ・ 1回の接種では十分な免疫ができない場合があること、また、接種後、年数が経過するにつれて免疫が弱まるため、厚生労働省は麻しん・風しんワクチンの各2回接種を推奨しています。

●麻しん・風しん調査票の書き方の注意事項

- ・ 麻しんと風しんの定期接種の対象年齢は、1～2歳未満（第1期）かつ5～7歳未満（第2期：小学校入学前の1年間）となっています。
- ・ MR ワクチンとは、麻しん風しんの混合ワクチンのことです。母子手帳にMRの記載がある場合、麻しんと風しんの予防接種歴にそれぞれ記入してください。
- ・ 麻しん、風しんの予防接種歴がわかるように、必ず母子手帳等のコピーを貼付してください。万が一、記入漏れがあった場合でも、母子手帳の予防接種記録が貼付されていれば確認が可能な場合があります。不備があった場合、再提出をお願いしております。
- ・ 昭和47年9月30日以前の生まれの方は、わかる範囲でご記入ください。

問合せ先
〒910-1195
福井県永平寺町松岡兼定島4-1-1
福井県立大学 保健・学生相談センター
保健管理室〔斎藤・渡邊〕
電話（0776）68-8290（直通）



重要

麻疹・風疹調査票

太枠線に各項目をご記入後、裏面に母子手帳の予防接種記録や予防接種証明書のコピー等を貼付し、入学手続き書類と併せて提出してください。個人情報、保健管理事業にのみ使用します。

※入学手続き期間内に提出できない場合は、4月の定期健康診断時、受付に提出してください。

※当大学の学部生から院に入学された方は、学部生時代の学籍番号を記入してください。

記載日 年 月 日

太枠のみ記載してください。

学籍番号 (学部生時)		学籍番号 (事務局記入欄)	
受験番号		携帯電話番号	
(フリガナ) 氏名		生年月日	西暦 年 月 日

下表の該当する□にレ点でチェックをつけ、時期や年齢等を記載してください。

	罹患歴	予防接種歴
麻疹	<input type="checkbox"/> あり (歳頃) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり (原則2回) 1回目 西暦 年 月 日 (歳頃) 2回目 西暦 年 月 日 (歳頃) ※ 西暦 年 月 日 (歳頃) <input type="checkbox"/> なし 理由: <input type="checkbox"/> 副作用が強かった <input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
風疹	<input type="checkbox"/> あり (歳頃) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり (原則2回) 1回目 西暦 年 月 日 (歳頃) 2回目 西暦 年 月 日 (歳頃) ※ 西暦 年 月 日 (歳頃) <input type="checkbox"/> なし 理由: <input type="checkbox"/> 副作用が強かった <input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

※2回目以降の接種歴がある場合に記入してください。

〈記入例〉※感染症法に基づく全数把握疾患ですので、記入漏れの無いように記載してください。

風疹	<input type="checkbox"/> あり (歳頃) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input checked="" type="checkbox"/> あり (原則2回) 1回目 西暦 2005 年 月 日 (1 歳頃) 2回目 西暦 2011 年 月 日 (6 歳頃) ※ 西暦 年 月 日 (歳頃) <input type="checkbox"/> なし 2回接種していない理由 <input type="checkbox"/> にレ点チェックを入れる <input type="checkbox"/> 不明
----	---	--