

令和8年1月

共立女子大学家政学部食物栄養学科管理栄養士専攻
新入生の皆さま・ご家族の皆さま

共立女子大学家政学部食物栄養学科
臨地実習担当

臨地実習にかかる感染症抗体検査およびワクチン接種のご案内

ご合格おめでとございます。ご入学にあたり、臨地実習にかかる感染症抗体検査およびワクチン接種についてご案内します。

管理栄養士専攻の教育では医療・福祉機関における臨地実習を行うことが必須となっています。これらの実習施設には不特定多数の子どもや傷病者がいることから、実習生に対して自身の感染予防と同時に、自らが感染源とならないための感染症予防対策が求められています。そのため、本学科管理栄養士専攻では新入生の健康診断時に下記の検査を実施しております。

新入生、ならびにご家族の皆さまには、上記の事情をご理解頂き、検査ならびにワクチン接種に対するご協力を賜りますようお願いいたします。また、子どもの頃の予防接種実施状況を把握するために、入学後、母子健康手帳のコピーをお持ちいただきますのでご準備のほどお願いいたします。

記

検査内容と目的：①4種抗体検査：麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎のウイルス抗体価を知る。

②HBs抗原抗体検査：B型肝炎ウイルスの抗原抗体価を知る。

検査方法：入学後、学内で実施する健康診断時に採血を行う。

費用：①4種抗体検査（7,260円）

②HBs抗原抗体検査（4,400円）

計11,660（2026年度見積額）※検査費用は変更になる場合があります。

なお、検査費用は自己負担となります。

支払期日・方法：詳細については入学後（4月中）別途ご本人に連絡します。

ワクチン接種：

入学後、4種抗体検査およびHBs抗原抗体検査の結果と入学前のワクチン接種状況を確認し、接種が必要となった方は、速やかに最寄り、もしくはかかりつけの医療機関で実施するとともに、所定の用紙に接種記録を記載してもらいます。接種記録は随時確認しますので、大切に保管してください。なお、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎は各1～2回、B型肝炎は3回の接種が必要となります（ワクチン接種にかかる費用は自己負担となります）

母子健康手帳：

予防接種状況を把握するため、母子健康手帳のコピーを提出してください。

詳細は別資料「母子健康手帳提出例（共立女子大学 食物栄養学科 管理栄養士専攻）_2026年度新入生配信版」をご確認ください。

なお、体育館シューズなどの室内履きがあるようでしたら、病院実習における院内シューズとして使用可能な場合がありますので、保管をお願いいたします。

【母子健康手帳の提出について】

・以下のページをA4用紙にコピーして提出してください。

（片面コピーをお願いします。モノクロ、カラーどちらでも構いません。）

①氏名と生年月日が確認できるページ（表紙または出生届証明のページなど。）

②予防接種の記録のページ（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎）

③罹患歴の記録のページ（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎）

※②、③いずれのページの記入がない場合は、「記入なし」と書いた用紙を提出してください。

【注意事項】

・全ての用紙の右上に氏名を必ず記入してください。

・母子健康手帳を紛失し、提出できない場合は、保証人の署名で「母子健康手帳を紛失」と書いた用紙を提出してください。

・複数のページを1枚に印刷しても構いませんが、縮小せずに（元のサイズの状態）コピーしてください。

・ページの上に用紙が貼り付けられている場合は、ページと貼り付けられている用紙をそれぞれコピーしてください。

共立女子大学 家政学部 食物栄養学科 管理栄養士専攻

(2025年10月作成)

見本

①

(例) 母子健康手帳



子の氏名： 共立 花子
生年月日： ○○○○年○月○日

○○市

※氏名を書く

氏名、生年月日が確認できるページ
(表紙または出生届証明のページなど。)

共立女子大学 食物栄養学科 管理栄養士専攻

(2025年10月作成)

見本

②

ワクチンの種類		接種年月日	メーカー/ロット	接種者署名	備考
麻疹	1回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	2回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
風疹	1回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	2回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
水痘	1回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	2回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	1回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	2回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
B型肝炎	1回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	2回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	3回	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇	

※氏名を書く

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の予防接種の記録が確認できるページ。

接種日と合計何回接種しているのかを確認するため、項目以外の「その他の予防接種」というページに該当のワクチンがないか必ず確認してください。

※注意※

MRワクチンとは、麻疹・風疹混合ワクチンのことです。MRワクチンの接種記録があれば、そのページもコピーしてください。

見本

③

※氏名を書く

今までにかかった主な病気

病名	年月日	備考
麻疹	〇〇〇〇年 〇月〇日	
風疹	〇〇〇〇年 〇月〇日	
水痘	〇〇〇〇年 〇月〇日	
流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	〇〇〇〇年 〇月〇日	

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・
B型肝炎の罹患歴の記録が確認できる
ページ。

見本

②、③いずれかのページに記入がない場合

※氏名を書く

記入なし

記録の有無を確認する必要があるため、
ない場合は必ず「記入なし」と書いた
用紙を提出してください。

共立女子大学 食物栄養学科 管理栄養士専攻

(2025年10月作成)

見本

母子健康手帳を紛失した場合

※氏名を書く

母子健康手帳を紛失

必ず**保証人の署名**で記入してください。
母子健康手帳の有無を確認するため、
母子健康手帳を紛失して提出できない場合は、
必ず提出してください。

共立女子大学 食物栄養学科 管理栄養士専攻

(2025年10月作成)