

国際医療福祉大学 感染管理健康調査票

学籍番号		提出日	年 月 日	性別	男・女
フリガナ		生年月日	西暦	年 月 日	
氏名					
学部	学部	学科	学科		

※入学者は黒枠内を記入してください。

医療機関ご担当者 各位

- 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎は調査票の「表A」欄に抗体価検査の結果を記入してください。
- B型肝炎は調査票の「表B」欄に抗原検査と抗体検査の結果を記入してください。
- 結核検査は調査票の「表C」欄にT-SPOT™ または QFT™ 検査による結果を記入してください。
- T-SPOT™ または QFT™ 検査による結果で「陽性」となった場合には胸部X線検査を実施し、「表D」欄に結果を記入してください。
- 必要事項を記入後、署名・捺印してください。

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)】

表A	抗体価検査結果表			
項目	検査日(西暦) スタンプ可	検査方法	抗体価	備考
麻疹	年 月 日	EIA法(IgG)		
風疹	年 月 日	EIA法(IgG)		
水痘	年 月 日	EIA法(IgG)		
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 日	EIA法(IgG)		

【B型肝炎】

表B	抗体価検査結果表			
項目	検査日(西暦) スタンプ可	検査方法	判定【定性】	備考
B型肝炎 ※S抗原検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性(-)	Hbs抗原が「陽性(+)」の場合:精密検査を実施していただき、登校可能か確認できる診断書を発行してください。
B型肝炎 ※S抗体検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> EIA法(IgG)	<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性(-)	検査値【定量】 該当する数量を記入 mIU/mL

↑ □に✓を記入。

↑ 該当する□に✓を記入。

【結核】 ⇒T-SPOT™またはQFT™の結果が陽性の場合、胸部X線検査を実施しその結果を【表D】へ記入してください。

表C	T-SPOT™ または QFT™ 検査結果表		
項目	検査日(西暦)スタンプ可	検査方法	結果
結核	年 月 日	<input type="checkbox"/> T-SPOT™ <input type="checkbox"/> ELISTPOT™	<input type="checkbox"/> 陽性→胸部レントゲン検査実施 <input type="checkbox"/> 陰性
		<input type="checkbox"/> QFT™	<input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能

↑ □に✓を記入。

表D	胸部レントゲン検査	
検査日(西暦)スタンプ可	判定	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし	

↑ □に✓を記入。

上記に相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

国際医療福祉大学 感染管理健康調査票

【記入例】

学籍番号	記入しないでください	提出日	記入しないでください	月	日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
フリガナ	コクサイ タロウ	生年月日	西暦	2007年5月2日			
氏名	国際 太郎						
学部	福岡保健医療	学部	学科	看護 学科			

※入学者は黒枠内を記入してください。

医療機関ご担当者 各位

- ・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎は調査票の「表A」欄に抗体価検査の結果を記入してください。
- ・B型肝炎は調査票の「表B」欄に抗原検査と抗体検査の結果を記入してください。
- ・結核検査は調査票の「表C」欄にT-SPOT™ または QFT™ 検査による結果を記入してください。
- ・T-SPOT™ または QFT™ 検査による結果で「陽性」となった場合には胸部X線検査を実施し、「表D」欄に結果を記入してください。
- ・必要事項を記入後、署名・捺印してください。

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)】

表A	抗体価検査結果表			
項目	検査日(西暦) スタンプ可	検査方法	抗体価	備考
麻疹	2026年 3月 7日	EIA法(IgG)	15.1	
風疹	2026年 3月 7日	EIA法(IgG)	8.0	
水痘	2026年 3月 7日	EIA法(IgG)	1.9	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	2026年 3月 7日	EIA法(IgG)	2.0	

【B型肝炎】

表B	抗体価検査結果表			
項目	検査日(西暦) スタンプ可	検査方法	判定【定性】	備考
B型肝炎 ※S抗原検査	2026年 3月 7日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input checked="" type="checkbox"/> 陰性(-)	Hbs抗原が「陽性(+)」の場合:精密検査を実施していただき、登校可能か確認できる診断書を発行してください。
B型肝炎 ※S抗体検査	2026年 3月 7日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> EIA法(IgG)	<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input checked="" type="checkbox"/> 陰性(-)	検査値【定量】 該当する数量を記入 3.0 mIU/mL

↑ □に✓を記入。

↑ 該当する□に✓を記入。

【結核】 ⇒T-SPOT™またはQFT™の結果が陽性の場合、胸部X線検査を実施しその結果を【表D】へ記入してください。

表C	T-SPOT™ または QFT™ 検査結果表		
項目	検査日(西暦)スタンプ可	検査方法	結果
結核	2026年 3月 7日	<input checked="" type="checkbox"/> T-SPOT™ <input checked="" type="checkbox"/> ELISTPOT™	<input type="checkbox"/> 陽性→胸部レントゲン検査実施 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性
		<input type="checkbox"/> QFT™	<input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能

↑ □に✓を記入。

表D	胸部レントゲン検査	
検査日(西暦)スタンプ可	判定	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし	

↑ □に✓を記入。

上記に相違ないことを証明します。

西暦 2026年 3月 15日

医療機関名

(法人名) ○○病院

医師氏名

○○○○

印