

小児感染症・B型肝炎抗体検査および結核感染診断検査 に係る費用について

ご入学おめでとうございます。今春、本学医学部医学科に入学する皆さんにご連絡です。

小児感染症・B型肝炎抗体検査および結核感染診断検査費について

医学科では、「学生が感染症を実習現場に持ち込まない」「学生が臨床現場から感染症を持ち帰らない」ための対策として、小児感染症（麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘）・B型肝炎抗体検査・結核感染診断検査（QFT 検査）を行います。検査で抗体が陰性（－）となった場合、必ず医療機関にて各自予防接種を受け学校指定の証明書を提出していただきます。

過去にこれらの感染症に罹患した方、予防接種を受けた方も含め、全員、すべての検査を受けてください。検査・採血は業者に委託し、学内で実施します

また、別添のアンケートへの記入、提出もお願いいたします。

費用は学生の自己負担となっておりますので、**2026年3月31日(火)**までに、下記口座へ **13,970円**をお振り込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

※振込人名は本学に入学される学生の名義でお願いします。

大阪シティ信用金庫 公立大病院出張所 普通 8039398

公立大学法人大阪（コリツダ イグクシヨウチカ）

◆振込手数料はご負担願います。

振込控貼付欄

お振り込み後、振込控（ATM 明細、WEB 明細等も可。写し可）を貼付の上、

4月2日（木）にご提出ください。

学籍番号（未確定の場合記入不要）

氏 名

学籍番号（未確定の場合記入不要）

4月2日提出

氏名

小児感染症の罹患歴・予防接種歴に関するアンケート

母子手帳等を参照し、下表にご記入の上、根拠となる資料（例：母子手帳の写し、医療機関の接種証明書類等）を貼付して、提出いただきますよう、お願い申し上げます。

〈なし〉または〈不明〉の場合は、本用紙のみ提出。

	罹患歴 (☑をつけてください)	予防接種歴 (☑をつけてください)
麻疹	<input type="checkbox"/> あり(年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり(1回目西暦 年 月 日・2回目西暦 年 月 日)* <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
風疹	<input type="checkbox"/> あり(年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり(1回目西暦 年 月 日・2回目西暦 年 月 日)* <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
水痘	<input type="checkbox"/> あり(年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり(1回目西暦 年 月 日・2回目西暦 年 月 日)* <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
流行性耳下腺炎 ムンプス (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> あり(年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり(1回目西暦 年 月 日・2回目西暦 年 月 日)* <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

* MR ワクチンは麻疹と風疹の混合ワクチンです。
〈あり〉の場合は、必ず、根拠となる資料を貼付してください。

【本件問合せ先】

大阪公立大学 医学部学務課 白川

TEL : 06-6645-3611

E-MAIL : gr-a-gakumu-med@omu.ac.jp

証明書類貼付欄

母子手帳の写し、医療機関の接種証明書類等を貼付の上、ご提出ください。※裏面使用可