

2025年度 大阪公立大学 看護学部

新入生オリエンテーション・抗体検査のご案内

■日時：2025年4月2日（水） 阿倍野キャンパス看護学部学舎（B棟）

■当日スケジュール

時 間	内 容	場 所
9:30-12:25	新入生オリエンテーション	5階多目的ホール
オリエンテーション後	昼 食	5階多目的ホール
12:40-15:30	実習着サイズ相談会 ※抗体検査の空き時間に希望者のみ サイズに関して心配な方はご参加ください。	男子：5階演習室3 女子：5階会議室 1.2
12:45- (APA25001~030) 13:00- (APA25031~100) 13:30- (APA25101~170) 14:00- (APA25171以降) 予定	抗体検査（採血） 受付順番：学籍番号順（学籍番号の下三桁で表記） 提出物：小児期感染症の罹患歴・予防接種歴用紙 「看-小児期感染症」 当時は「看護学部」「リハビリテーション学科」「医学科」の新入学生が同じ場所で順次抗体検査を行いますので指定時間以外受付できません。時間厳守をお願いします。	受付：1階 エントランス 採血：地下1階 学生ホール

※入館および本人確認に必要ですので「合格通知書」をお持ちください。

※学籍番号は、事前にご確認をください。

〈注意事項〉

- ・抗体検査（採血）がありますので、午前中から水分を十分にお取りください。水分を取っていない状態や空腹では、採血に時間がかかりご自身の負担となります。また、袖がまくりやすい服でお越しください。
- ・採血時の混雑の程度にもよりますが、所要時間は受付から15分程度の予定です。
- ・学内で弁当類の販売はありませんので、必要な方は昼食をお持ちください。抗体検査の受付が遅い時間帯の方は学外近隣飲食店での食事も可能です。
- ・感染症対策として、マスク着用にご協力ください。
- ・体調不良(37.5度以上の発熱、倦怠感、呼吸困難の症状)は、抗体検査を受けることができません。

欠席等の連絡先：看護学部 学務課 TEL: 06-6645-3511



小児期感染症・B型肝炎抗体検査及び結核感染診断検査について

今春、本学部に入学するみなさんに、お知らせします。

看護学部においては、臨地実習で感染症ウィルス暴露の可能性があるため感染症から身を守るとともに、自身が感染源にならないよう確実に免疫をつけておく必要があります。抗体価が不十分な学生は、計画的にワクチン接種を受けていただきます。そのため、入学オリエンテーション時に学内（業者委託）で、小児期感染症（麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘）抗体検査・B型肝炎抗体検査・結核感染診断検査(QFT 検査)を行います。

■抗体検査費用について

[振込期限] **2025年3月24日(月)12:00まで** (期日厳守)
[振込金額] **14,300円** 振込手数料ご本人様負担 (金額誤り・二重払いにご注意ください)
[振込先]

金融機関名	大阪シティ信用金庫	支店名	公立大病院出張所 支店
預金種目	普通・当座	口座番号	8045931
口座名義	(フリガナ) コウリツダイガクホウジンオオサカ 公立大学法人大阪		
振込人名義	入学される <u>学生ご本人のお名前でお振込みしてください</u> 受験番号(6桁) + 学生様のお名前(カナ入力) <例: 123456 アベノコウ>		

注) お振込完了が分かる領収書は、抗体検査が終了するまで大切に保管してください。

注) 期日までに振込確認が出来ない場合は当日の検査を受ける事ができない可能性がありますのでご注意ください。

■抗体検査（採血）／小児期感染症罹患・予防接種歴用紙提出について

[実施日程] 2025年4月2日(水) 12:45～
[実施受付] 看護学部学舎(B棟) 1階エントランス
[提出物] 小児期感染症の罹患歴・予防接種歴<看-小児期感染症>
①母子健康手帳「罹患歴」「予防接種歴(入学前)」欄の該当箇所を記載
②母子健康手帳のワクチン接種記録(麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘)の該当欄をコピーし貼付

■抗体検査および結核感染診断検査の結果とワクチン接種等の対応について

- 小児期感染症やB型肝炎について、ワクチン接種の記録がなく、抗体が不十分な場合、医療機関にて各自必要なワクチン接種を受けていただきます。
- 結核感染診断検査(QFT 検査)において陽性となった場合、必ず専門医にて再検査をし、診断書を提出してください。提出のない場合は、実習に参加することができません。

■小児期感染症・B型肝炎抗体価、ワクチン接種に関する説明会について

[実施予定] 2025年4月中旬以降
[内容] 検査結果の返却、Moodleへの登録、今後必要なワクチン接種、自己管理の必要性について
※詳細は、4/2(水)の新入生オリエンテーション時にご案内します。

2025年4月2日(水) 12:45～
「看-小児期感染症」を
抗体検査受付時に提出してください。

小児期感染症の罹患歴・予防接種歴

学籍番号 :	所 属 : <input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 大学院(M) <input type="checkbox"/> 大学院(D)
氏 名 :	生年月日 : (西暦) 年 月 日

1. 母子健康手帳を参照し「罹患歴」・「予防接種歴(入学前)」欄の該当箇所に○を付け、西暦・月日を記入してください。
2. 母子健康手帳の該当箇所のコピーを2ページ目に貼付し提出ください。
3. 提出について
 - 2025年 4月2日 健康診断時**
 - 入学後オリエンテーション時の確認後、追加ワクチン接種不要の場合
 - 2025年 8月29日 ※追加接種終了時**

	罹患歴 (かかったことがありますか?)	予防接種歴 (入学前)	予防接種歴 (入学後の追加接種歴)
麻 痘 (Measles)	<ul style="list-style-type: none"> ・あり (年 月) ・なし ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・あり <ul style="list-style-type: none"> 1回目(西暦) 年 月 日 2回目(西暦) 年 月 日 <p>※MRワクチンは麻疹と風疹の混合ワクチンです</p> ・なし ・不明 	<p>入学後の抗体価 ()</p> <p>→追加接種が必要な場合は、下記記入</p> <ul style="list-style-type: none"> 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 <p>※MRワクチンは麻疹と風疹の混合ワクチンです</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">ワクチンロット番号貼付欄</div>
風 痱 (Rubella)	<ul style="list-style-type: none"> ・あり (年 月) ・なし ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・あり <ul style="list-style-type: none"> 1回目(西暦) 年 月 日 2回目(西暦) 年 月 日 <p>※MRワクチンは麻疹と風疹の混合ワクチンです</p> ・なし ・不明 	<p>入学後の抗体価 ()</p> <p>→追加接種が必要な場合は、下記記入</p> <ul style="list-style-type: none"> 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 <p>※MRワクチンは麻疹と風疹の混合ワクチンです</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">ワクチンロット番号貼付欄</div>
流行性耳下腺炎 (ムンブスや おたふくかぜ とも呼びます)	<ul style="list-style-type: none"> ・あり (年 月) ・なし ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・あり <ul style="list-style-type: none"> 1回目(西暦) 年 月 日 2回目(西暦) 年 月 日 ・なし ・不明 	<p>入学後の抗体価 ()</p> <p>→追加接種が必要な場合は、下記記入</p> <ul style="list-style-type: none"> 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">ワクチンロット番号貼付欄</div>
水 痘	<ul style="list-style-type: none"> ・あり (年 月) ・なし ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・あり <ul style="list-style-type: none"> 1回目(西暦) 年 月 日 2回目(西暦) 年 月 日 ・なし ・不明 	<p>入学後の抗体価 ()</p> <p>→追加接種が必要な場合は、下記記入</p> <ul style="list-style-type: none"> 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">ワクチンロット番号貼付欄</div>

※母子健康手帳のワクチン接種記録（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘）の該当欄をコピーし、下記に

貼付してください。

コピーには全て氏名を記載してください。

コ ピ 一 貼 付 欄