

2025年2月吉日

保護者各位

神戸学院大学
総合リハビリテーション学部
学部長 春藤 久人

臨床実習のための「感染症予防対策」の実施について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素より本学の教育に対しまして、格別のご理解とご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本学部理学療法学科・作業療法学科では、病院等施設における「臨床実習」が必修科目となっております。「臨床実習」では感染症予防対策のため、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘並びにB型肝炎の抗体価の提示を実習先から求められることがあります。これは、実習生が①「感染源」とならない、②自分自身を「感染から守る」ための対策として行っているものです。

つきましては、学生の抗体価検査ならびにワクチン接種についてご協力いただきたく、下記の通りご案内申し上げます。安全に「臨床実習」を行うために必要不可欠な対策ですので、何卒ご理解いただきますようお願い申し上げます。

なお、抗体価検査・ワクチン接種の実施にあたり、本学の感染症予防対策に対してご理解いただけます場合は、別添の**同意書に署名・捺印**のうえ、**4月7日の学科学修案内**の際にご提出いただきますようお願い申し上げます。（※ 学籍番号の欄は空欄でご提出ください）

敬具

記

1. 抗体価検査の実施予定日・場所

日程：

作業療法学科：1年次の4月頃

理学療法学科：1年次の9月頃

場所：神戸学院大学医務室

内容：麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、B型肝炎

実施医療機関：仁恵会 石井病院（学校医）

（体調不良等により受診できなかった場合は、別に案内をさせていただきます）

2. 抗体価検査費用

大学負担

3. 抗体価検査の結果のご連絡

検査から約1か月後

4. ワクチン接種と費用

抗体価検査の結果「免疫不十分」と判定された場合は「ワクチン接種」を受けていただくこととなります（ワクチン接種は強制ではありませんが、実習施設での感染症予防対策の必要性ならびに予防接種の副反応に関して本人および保護者様が十分ご理解いただいたうえで接種されることをお勧めいたします）。

ワクチンの接種費用は自己負担となります（医療機関もご自身でお選びください）。

5. 「臨床実習のための感染症予防対策」に関する同意書控え

提出いただきました同意書は、後日学生に控えをお渡しします。

6. その他 注意事項

■ ワクチン接種にあたり、アレルギー疾患等がある場合は、主治医に十分にご相談のうえ接種をご判断下さい。なおワクチン接種を見送られる場合はご一報いただけると幸いです。

■ 配属される実習先によっては、上記以外の検査・ワクチン接種を求められる場合もあります。

7. お問い合わせ先（月～金曜日の9：00～17：00）：078-974-1551（代表）

■ 理学療法学科 学科長 岩井 信彦

■ 作業療法学科 学科長 大庭 潤平

以上

学籍番号： _____

神戸学院大学総合リハビリテーション学部

学部長 佐野 光彦 殿

神戸学院大学総合リハビリテーション学部が実施する 「臨床実習のための感染症予防対策」に関する同意書

貴学総合リハビリテーション学部が実施する感染症予防対策の実施について、同意いたします。

同意年月日（西暦） 年 月 日

学生氏名： _____ (印)

住所： _____

保護者氏名： _____ (印)

住所： _____

提出日：4月7日学科学修案内時

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入していただいた個人情報は当学部にて厳重に管理し、抗体検査・ワクチン接種に関わる目的以外では使用いたしません。