

ワクチン接種及び感染症(抗体保有)検査報告書【見学生用】

埼玉県立小児医療センター 病院長 様

フリガナ			
氏名			
生年月日(西暦)	年	月	日
所属 (施設・学校名)		<input type="checkbox"/> 実習生	<input type="checkbox"/> その他:
研修期間(西暦)	年	月	日 ~ 年 月 日
研修部署			

1) 4種抗体(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎)【2日以上の見学の場合は必須】

「研修・実習生受け入れに係る事前感染症対策について」の基準に従い、下表の該当欄に○を付ける、または記入をしてください。

証明書類は、母子手帳の当該ページ、医療機関の発行した証明書等をコピーして添付して下さい。

検体検査の結果は、検査日・測定法・測定抗体価の結果のコピーを添付して下さい。

項目	チェック欄	← チェック欄の各感染症いずれかに○をつけ、該当する箇所に記入する。 * 日付の記入は西暦で行う。				ワクチン 接種日1回目	ワクチン 接種日2回目
麻疹		1歳以上で2回接種の記録がある(接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		1歳以上で1回接種の記録がある(1回接種し、以前と今回の接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない(2回接種し、接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果(値)	判定:○をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日
風疹		1歳以上で2回接種の記録がある(接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		1歳以上で1回接種の記録がある(1回接種し、以前と今回の接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない(2回接種し、接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果(値)	判定:○をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日
水痘		1歳以上で2回接種の記録がある(接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		1歳以上で1回接種の記録がある(1回接種し、以前と今回の接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない(2回接種し、接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果(値)	判定:○をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日
流行性 耳下 腺炎		1歳以上で2回接種の記録がある(接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		1歳以上で1回接種の記録がある(1回接種し、以前と今回の接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない(2回接種し、接種日を記入)				年 月 日	年 月 日
		記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果(値)	判定:○をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日