

ワクチン接種及び感染症 (抗体保有) 検査報告書【研修生用】

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)【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

2) B型肝炎【医師・医学生は必須】

HBs 抗体検査日(西暦)	HBs 抗体測定値	判定基準	基準を満たすか (どちらかに○)	
	mlU/mL	≥10.0mlU/mL	満たす	満たさない

3) 結核【記載は必須、検査は必須ではない(記載する場合過去5年以内の結果とする)】

結核(潜在性含む)と診断されたことがある (いずれかに○)	結核発症者と接触歴がある(いずれかに○)			
ある          ない	ある          ない			
上記のいずれかに「ある」と回答した場合(いずれかに○)				
治療中(予防内服を含む)である		治療していない		治療は終了した
検査方法(いずれかに○)		結果(いずれかに○)		
QFT          T.SPOT	陽性	陰性	その他 (±など)	

4) 百日咳【記録は必須、ワクチン接種は必須ではない】          記載年月日：          年          月          日

<u>過去5年以内</u> に百日咳含有ワクチンを 接種したことがある(いずれかに○)	ワクチンの種類	最終ワクチン接種日 (西暦)
ある          ない	四種混合   三種混合   成人用三種混合	