**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） |  | □実習生 | | □その他： | | インターンシップ |
| 研修日（西暦） | 年　 　月　 日 |  |  | | | |
| 研 修　部　署 | 看護部（インターンシップ） | | | | | |

**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〇をつけ、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 | 検査法 | 結果（値） | 判定：〇をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 | | |
| 年　　月　　日 |  |  | 陰性　低抗体価　陽性 | 年　　月　　日 | 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 | 検査法 | 結果（値） | 判定：〇をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 | | |
| 年　　月　　日 |  |  | 陰性　低抗体価　陽性 | 年　　月　　日 | 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 | 検査法 | 結果（値） | 判定：〇をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 | | |
| 年　　月　　日 |  |  | 陰性　低抗体価　陽性 | 年　　月　　日 | 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 | 検査法 | 結果（値） | 判定：〇をつけ、陰性は2回、低抗体価は1回接種し接種日を記入 | | |
| 年　　月　　日 |  |  | 陰性　低抗体価　陽性 | 年　　月　　日 | 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **過去5年以内**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 |  |

**４）COVID－19ワクチン接種**

　　接種済（　１回　・　２回　・　３回　・　　　回　）　/未接種　（どちらかに〇を付けてください）

　　＊接種済みの方は、接種記録書のコピーを添付してください。