**ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書【インターンシップ用】**

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 |
| 研修期間（西暦） | 年　 　月　 日 | ～ | 　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 |