

自治医科大学附属病院 感染症調査票

所属 _____

氏名 _____

実習場所：看護部・臨床検査部・リハビリ部・薬剤部・放射線部・臨床工学部・臨床栄養部
事務・その他（ ）

実習等開始日： 年 月 日

実習等終了日： 年 月 日

当院では院内感染対策のため、5日間以上実習等を行う方に胸部レントゲン結果、4種ウイルスワクチン接種歴もしくは抗体価の提出をお願いしています。

つきましては下表、該当部分に記載し実習等開始前までに必ず提出してください。

胸部レントゲン	検査日 年 月 日 *過去1年以内	結果 異常なし 有所見	有所見者は2次健診を受診の上、実習に支障がないことを確認してください。 確認日 年 月 日
---------	-------------------------	----------------	--

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎のワクチンを1歳以上で2回以上、**確実に**接種したことがある方は、母子手帳を確認の上日付を記載してください。**2回以上接種歴がある方は、抗体価の検査、記載は不要です。**

日付不明や接種歴が1回以下の方は、抗体価を測定の上、基準値を満たさない場合はワクチンを**必ず**1回接種してください。なお、抗体検査および、またはワクチン接種が終了しないまま実習を開始された場合、これら感染症に罹患、さらには蔓延させる可能性があり、責任の一端が自身にあることを十分ご承知ください。

項目	1歳以上の予防接種歴	抗体価	検査日	検査方法 (○で囲む)	基準	基準を満たすか (どちらかに○)	ワクチン接種日*
麻疹	年 月 日		年 月 日	EIA(IgG)	≥16.0	満たす 満たさない	年 月 日
	年 月 日			NT(中和法)	≥8		
				PA	≥256		
風疹	年 月 日		年 月 日	EIA(IgG)	≥8.0	満たす 満たさない	年 月 日
	年 月 日			HI	≥32		
水痘	年 月 日		年 月 日	EIA(IgG)	≥4	満たす 満たさない	年 月 日
	年 月 日			IAHA	≥8		
流行性 耳下腺炎	年 月 日		年 月 日	EIA(IgG)	≥4	満たす 満たさない	年 月 日

*基準を満たさない場合、ワクチンを接種してください。