

自治医科大学附属さいたま医療センター 感染症調査票

所属 _____

氏名 _____

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4種ウイルス抗体価の提出をお願いしています。また抗体陰性者にはワクチン接種を推奨しています。

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。

項目	検査日	検査方法 (○で囲む)	測定値	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	EIA(IgG)		≥ 16.0	満たす 満たさない	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		NT(中和法)		≥ 8		
		PA		≥ 256		
風疹	_____ 年 _____ 月 _____ 日	EIA(IgG)		≥ 8.0	満たす 満たさない	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		HI		≥ 32		
水痘	_____ 年 _____ 月 _____ 日	EIA(IgG)		陽性	満たす 満たさない	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		IAHA		≥ 8		
流行性 耳下腺炎	_____ 年 _____ 月 _____ 日	EIA(IgG)		陽性	満たす 満たさない	_____ 年 _____ 月 _____ 日

*抗体価が陰性の場合、ワクチン接種を推奨します。

自治医科大学さいたま医療センター 保健室

048-648-5219