

記入日 年 月 日

自治医科大学附属さいたま医療センター 感染症調査票

学校名・学科(病院) 看護師特定行為研修センター 氏名

実習等開始日： 年 月 日

実習等終了日： 年 月 日

当センターでは院内感染対策のため、5日間以上実習等を行う方に5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)		$\geq 1:8$		
		PA		$\geq 1:256$		
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 8.0	満たす 満たさない	年 月 日
		HI		$\geq 1:32$		
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4.0	満たす 満たさない	年 月 日
		IAHA		$\geq 1:4$		
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
B型肝炎	年 月 日	EIA		10mIU /mL	満たす 満たさない	1回目 年 月 日
		CLIA				2回目 年 月 日
		RIA				最終接種日 ※もしくは接種予定年月 年 月 頃

* 抗体価が陰性の場合、ワクチン接種を推奨します。