

実習・研修予定者各位

自治医科大学附属病院 感染症調査票

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。

各ワクチンを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回以上接種歴が確認できる方は、抗体価の測定、記載は不要です。接種歴が1回の方は、4週間以上

空けてもう1回接種を追加して日付を記載してください。その場合も抗体価の測定は不要です。

それ以外の方は、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追加接種してください。抗体価の測定はEIA(IgG)をお願いいたします。

なお、免疫が不十分なまま実習を開始された場合、これら感染症に罹患、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。

お問い合わせ先：自治医科大学 保健センター TEL:0285-58-7016 Email:hokencenter@jichi.ac.jp

記入日 年 月 日

ご所属 看護師特定行為研修センター

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

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

項目	予防接種歴	抗体価	検査法	検査日	抗体価は基準を満たすか (丸で囲む)	追加ワクチン接種日
麻疹	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上16.0未満)→1回追加 陽性(16.0以上)→追加不要	年 月 日
風疹	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上8.0未満)→1回追加 陽性(8.0以上)→追加不要	年 月 日
水痘	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上4.0未満)→1回追加 陽性(4.0以上)→追加不要	年 月 日
流行性 耳下腺炎	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上4.0未満)→1回追加 陽性(4.0以上)→追加不要	年 月 日

* 日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」を参考にしています