

ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書

地方独立行政法人 たつの市民病院機構

理事長 嶋田 康之 様

フリガナ	
氏名	
生年月日（西暦）	年 月 日

所属（施設・学校名）		<input type="checkbox"/> 実習生	<input type="checkbox"/> その他：
実習期間（西暦）	年 月 日	～	年 月 日
実習部署			

1) 4種抗体（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）【必須】

以下のいずれかの条件を満たす必要があります。

- i) 1歳の誕生日以降に、下記の4種疾患のワクチンを2回接種したことが証明できる。
(母子手帳の当該頁、医療機関の発行した証明書等をコピーして裏面に添付して下さい。)
- ii) 抗体検査にて、日本環境感染学会が卜ライの判定基準を満たす抗体価を保有していることが証明できる。
(抗体検査の結果については、検査日・測定抗体価の結果・測定法の基準値のコピーを裏面に添付して下さい。)

項目	検査日 (西暦で記入)	検査方法 (どちらかに○)	測定値	判定基準	基準を満たすか (どちらかに○)		ワクチン接種日 (西暦で記入)	
					満たす	満たさない	1回目	2回目
麻疹		EIA法(IgG)		≥16.0	満たす	満たさない	1回目	
		PA法		≥256倍	満たす	満たさない	2回目	
風疹		EIA法(IgG)		≥8.0	満たす	満たさない	1回目	
		HI法		≥32倍	満たす	満たさない	2回目	
水痘		EIA法(IgG)		≥4.0	満たす	満たさない	1回目	
		IAHA法		≥8倍	満たす	満たさない	2回目	
流行性 耳下腺炎		EIA法(IgG)		≥4.0	満たす	満たさない	1回目	
							2回目	

※ワクチン接種回数については、別紙基準表を参照下さい

2) B型肝炎

検査日 (西暦)	測定値	判定基準	基準を満たすか (どちらかに○)	
	mIU/mL	≥ 10.0 mIU/mL	満たす	満たさない
ワクチン接種日 (西暦)	1回目	2回目	3回目	

3) インフルエンザ予防接種

実習期間中が 12月～3月となる場合、予防接種を受けることを強く推奨しています。

ワクチン接種日 (西暦)	
--------------	--

4) 流行性ウイルス疾患の流行時の対応に関して

実習期間中 (若しくは実習前) 免疫を持たない場合、流行性ウイルス性疾患の発生報告時に実習を中断することを承諾致します。

実習生氏名: _____ (自署又は記名押印)

上記のとおり申告した内容に相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関又は情報管理施名: _____

医師又は情報管理担当者名: _____

印