# 感染症に係る調査票（実習生）

常磐病院では 4 種感染症（麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎）および B 型肝炎について、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」に準拠し、医療従事者の身を守り自らが感染源とならないよう、免疫を獲得した上での勤務・実習を開始することを原則としています。実習にあたっては、**本調査票に加え、過去に実施した抗体検査結果およびワクチン接種歴が確認できる書類（母子健康手帳、医療機関が発行した接種記録・抗体検査結果等）の写しを必ず添付**してください。また、免疫獲得状況によっては、実習場所や実習内容を制限する場合、または実習の受け入れができない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

全て必須項目ですので必ず記入をおねがいします。未記入事項がある場合はお問い合わせいたします。

公益財団法人ときわ会 常磐病院　院内感染対策委員会

| | | | |
|---|---|---|---|
| **記載日時** | 西暦　　年　　月　　日 | **生年月日** | 西暦　　年　　月　　日 |
| **氏名（カナ）** | | **年齢** | **連絡先携帯番号** |
| **氏名（漢字）** | | | |
| **研修期間** | 西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年　　月　　日 | | |

## 流行性ウイルス疾患　（1．麻疹　2．風疹　3．水痘　4．流行性耳下腺炎）

下表の該当する個所に☑、もしくは年月日、数値を記入してください。

1．罹患歴「あり」でワクチン未接種の場合は、抗体陽性の検査結果が必要です。3 抗体価検査を記入ください。

2．1 歳以上で各ワクチンを 2 回接種したことが証明できる場合、3 抗体価検査の記載は不要です。

3．抗体価検査の検査方法は①もしくは②のいずれかで実施して下さい。それ以外は無効です。

| **疾患種類** | | **1．麻疹** | | **2．風疹** | | **3．水痘** | | **4．流行性耳下腺炎** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **罹患歴**<br>(ありの場合は西暦を記入) | | □あり | 年 | □あり | 年 | □あり | 年 | □あり | 年 |
| **予防接種** | | 1 歳以上で接種した、直近の 2 回分までの接種日を記載 | | | | | | | |
| 接種日① | | 年　月　日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |
| 接種日② | | 年　月　日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |
| **抗体価検査** | 検査日 | 上記のワクチン 2 回接種未満の方のみ記載 | | | | | | | |
| | | 年　月　日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |
| | 検査方法① | □EIA 法(IgG)<br>基準値 16.0 以上 | | □EIA 法(IgG)<br>基準値 8.0 以上 | | □EIA 法(IgG)<br>基準値 4.0 以上 | | □EIA 法(IgG)<br>基準値 4.0 以上 | |
| | 抗体価 | 数値を記入 | | 数値を記入 | | 数値を記入 | | 数値を記入 | |
| | 判定 | □－　□±　□＋ | | □－　□±　□＋ | | □－　□±　□＋ | | □－　□±　□＋ | |
| | 検査方法② | □中和法<br>基準値 1:8 以上 | | □HI 法 基準値<br>1:32 以上 | | □IAHA 法<br>基準値 1:4 以上 | | | |
| | 抗体価 | 数値を記入 | | 数値を記入 | | 数値を記入 | | | |
| | 判定 | □－　□±　□＋ | | □－　□±　□＋ | | □－　□±　□＋ | | | |

## B 型肝炎

血液曝露を受ける可能性もあるため、抗体陰性の方は可能な限りワクチン接種を推奨します。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **HB s 抗体** | ＋　・　―　・　不明 | **ワクチン接種回数・接種歴** | 未・1回・2回・3回 | 1回目： | 年　月　日 |
| | | | | 2回目： | 年　月　日 |
| | | | | 3回目： | 年　月　日 |