**ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書**

様式第２号（第３条関係）

医療法人公仁会　姫路中央病院

病院長　金丸　太一　様

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏　　名 |  | | * 実習生　　□ その他（　　　　　　　　　　） | | |
|  | |  | | |
| 実習期間（西暦） | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 所属(施設・学校名) |  | | 実　習　部 署 |  | |

**１）4種抗体（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）**

**【必須】以下の何れかの条件を満たすこと。**

ⅰ）１歳の誕生日以降に、下記の４種疾患ワクチンを２回接種した事が証明出来る。

（抗体検査結果のコピーおよび、ワクチン接種記録（母子手帳・接種証明書等）を添付してください。）

ⅱ）抗体検査にて、日本環境感染学会ガイドラインの判定基準を満たす抗体価を保有している事が証明できる。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | 検査医療機関名 |
| 麻疹 |  | **EIA法(IgG)** |  | **≧16.0** | 満たす | 満たさない | 1回目 |  |  |
| 2回目 |  |  |
| 風疹 |  | **EIA法(IgG)** |  | **≧8.0** | 満たす | 満たさない | 1回目 |  |  |
| 2回目 |  |  |
| 水痘 |  | **EIA法(IgG)** |  | **≧4.0** | 満たす | 満たさない | 1回目 |  |  |
| 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 |  |  |

**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○） | |
|  |  | **mlU/mL** | **≧10.0mlU/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（実習期間が12月～3月となる場合）**

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチン接種日（西暦） | 年　　　　　月　　　　　日 |

**４）COVID-19予防接種　（接種日：西暦記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| □　接種済（下の欄に接種日を記載） | □　未接種**※ワクチン接種不適当理由書（様式第６号）を提出して下さい。** |
| 直近のワクチン接種歴 | 年　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　　回目） |

**5）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。

　　　　　　　　　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設名： |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 医師又は情報管理担当者名： |  | **印** |