

ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書

社会医療法人石川記念会 HITO 病院 病院長 殿

フリガナ	
氏 名	
生年月日（西暦）	年 月 日

所属（施設・学校名）		☐ 実習生	☐ その他：
実習期間（西暦）	年	月	日
実 習 部 署	年	月	日

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添付して下さい。)
- ii) 抗体検査にて、日本環境感染学会が「ドライン」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)	
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	$\geq 10.0\text{mlU/mL}$	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、予防接種を済ませていること。

予防接種日 (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。

医療機関又は情報管理施設

年 月 日

医師又は情報管理担当者名： _____ 印