

実習（見学）前感染症検査についてのお願い

当院では職員全員の健康の確保と院内感染対策として、入職前に感染防護の推進をしています。

実習生(見学生)の方におきましても、実習（見学）前に、必要な免疫獲得（ウイルス抗体価獲得もしくは必要回数のワクチン接種）を完了していただくようお願いします。

フローチャートに沿って防護行動を行い、その記録を提出してください。

【提出書類について】

- ① 実習（見学）前感染症調査票（配布の様式）
- ② ①に使用した証明書等の写し（接種および検査をした施設名、氏名が記載されたもの）
 - ◇ ワクチン接種証明：ワクチンの種類、接種日が記録された「母子手帳」や「医療機関等の証明書」
 - ◇ 感染症抗体価証明：検査方法、抗体価、実施日が記録された「検査結果」や「医療機関等の証明書」

【提出期限】 実習（見学）日の1ヶ月前に必着

※ 期限を過ぎた場合、実習（見学）ができない事があります。

【提出・問い合わせ先】 人事課（Mail：recruit@aih-net.com）

【注意事項】

- ・ 提出書類②に不備がある場合は、接種歴や検査歴として見なすことができません。
- ・ 抗体価検査は当院指定の検査方法で実施して下さい。指定以外の場合、再検査が必要になることがあります。
- ・ ワクチンには27日以上の間隔で接種するものもあります。早めの受診をお願いします。
- ・ ワクチン接種禁忌があれば、抗体価検査を実施のうえ、理由書を提出して下さい。
- ・ 提出期限までに当院の防護基準を満たせない場合は、問い合わせ先までご連絡ください。
- ・ 提出頂いた書類は、見学・実習時の調査以外での閲覧、使用はいたしません。
- ・ 保管期間は、実習終了月から2年後の年度末までとし、破棄します。
提出書類は返却いたしませんので、ご了承下さい。

飯塚病院で「ワクチンの接種」「抗体価検査」をおこなうこともできます。

感染症科(ワクチン・トラベル外来) ※予約制 TEL:0948-29-8916 /月～金 13:30～16:00

ホームページ内で料金確認・事前予約が出来ます。

ホームページで予約する場合は、備考欄に「実習前」と入力ください。

また、受診時は提出書類を持参してください。

2024年12月

医務室作成

【実習(見学)前感染症調査票】(記入例)

株式会社麻生 飯塚病院

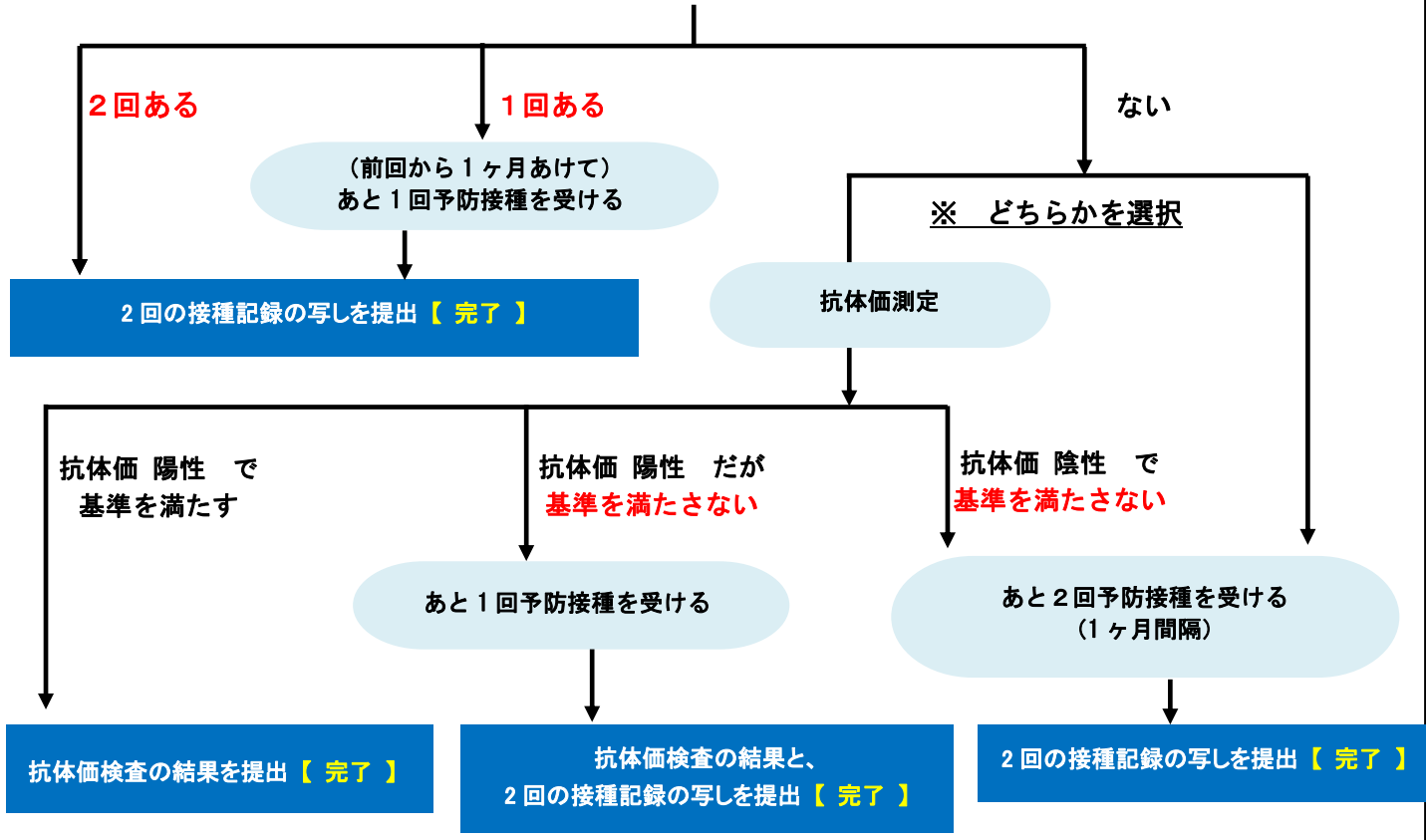
所属施設(学校)名 _____ 氏名 飯塚 花子
 実習(見学)期間 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

※日付は西暦で記入をお願いします。

	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎	B型肝炎
ワクチン接種の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載) <input checked="" type="checkbox"/> 1シリーズ <input type="checkbox"/> 2シリーズ <input type="checkbox"/> 3シリーズ
ワクチン接種日(西暦で記載)	1回 1999 年 9 月 27 日 2回 _____年____月____日 3回 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	1回 _____年____月____日 2回 _____年____月____日 3回 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	1回 2018 年 5 月 15 日 2回 2020 年 8 月 1 日 3回 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	1回 _____年____月____日 2回 _____年____月____日 3回 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	【1シリーズ】 1回目 2015 年 5 月 8 日 2回目 2015 年 6 月 8 日 3回目 2015 年 10 月 15 日 【2シリーズ】 1回目 _____年____月____日 2回目 _____年____月____日 3回目 _____年____月____日
罹患歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	【B型肝炎キャリア】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有
罹患日(西暦で記載して下さい)	_____年____月____日 <input checked="" type="checkbox"/> 日付不明	_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	2000 年 1 月 20 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	
抗体価検査日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日
検査方法(陽性基準) ※検査方法は、右記のものとお願いします	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法IgG(16.0以上) <input type="checkbox"/> PA法(1:256以上) <input type="checkbox"/> 中和法(1:8以上) ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照 抗体価検査結果「7.6」は陽性基準を満たしていないため、あと1回ワクチン接種が必要	<input type="checkbox"/> HI法(1:32以上) <input checked="" type="checkbox"/> EIA法IgG(8.0以上) <input type="checkbox"/> _____ ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法IgG(4.0以上) <input type="checkbox"/> IAHA法(1:4以上) <input type="checkbox"/> 中和法(1:4以上) <input type="checkbox"/> 水痘抗原皮内テスト(5mm以上) ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照。	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法IgG(4.0以上)	【HBs抗体(定量)】 <input type="checkbox"/> CLIA法(10mIU/mL以上) <input type="checkbox"/> EIA法(10mIU/mL以上) <input type="checkbox"/> RIA法(10mIU/mL以上) <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法(10mIU/mL以上) ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙2)を参照。
抗体価検査値	7.6	7.0	10.4	15.4	0.04
追加ワクチン接種日(西暦で記載)	1回目 2020 年 2 月 20 日 2回目 _____年____月____日	1回目 _____年____月____日 2回目 _____年____月____日	1回目 _____年____月____日 2回目 _____年____月____日	1回目 _____年____月____日 2回目 _____年____月____日	1回目 2020 年 1 月 26 日 2回目(1回目より1か月後) 2020 年 2 月 26 日(予定) 3回目(1回目より6か月後) 2020 年 6 月 26 日(予定)

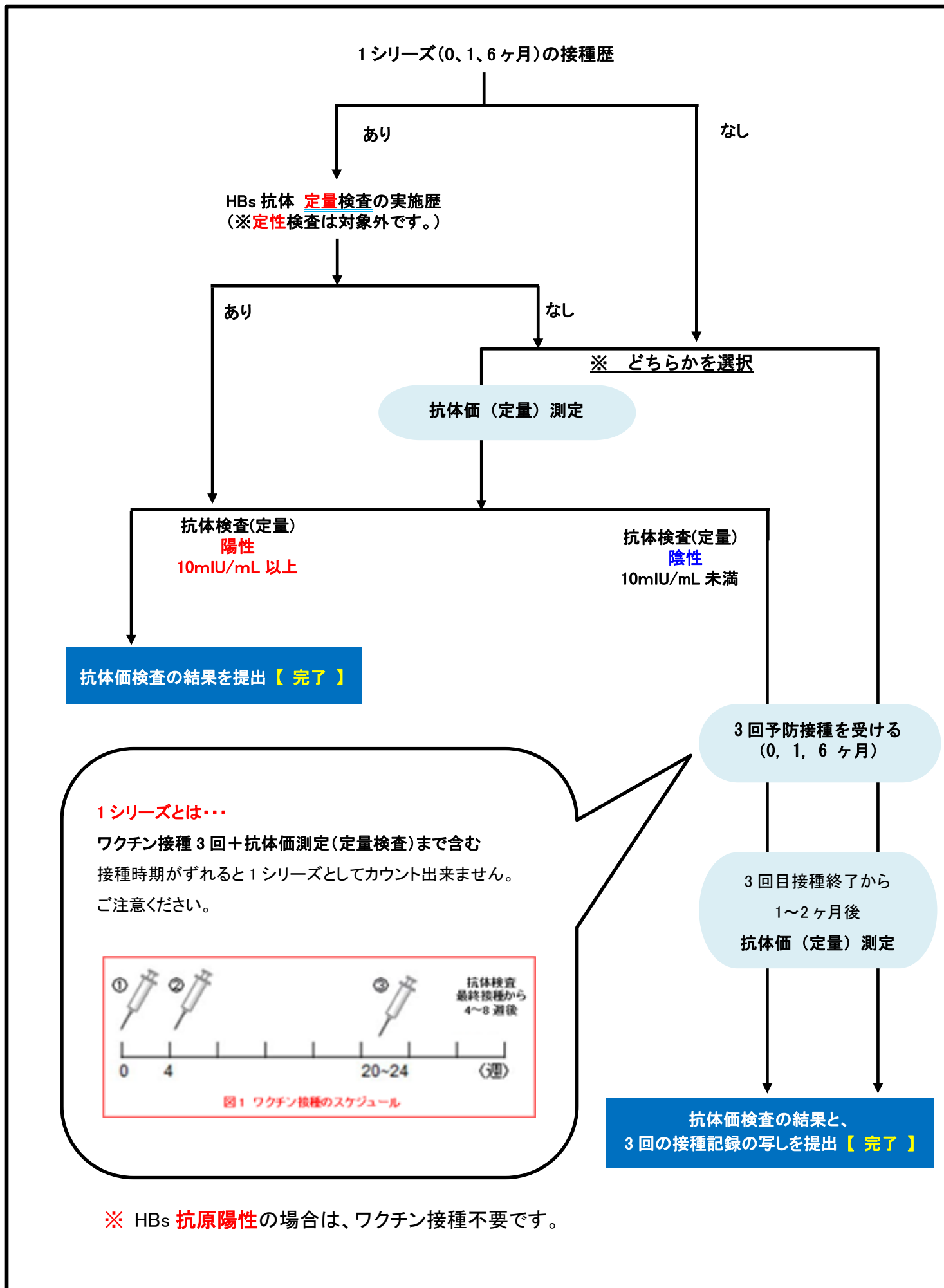
※【実習(見学)前感染症調査票】を記入する際に使用した、証明書等のコピーを添付して下さい。この調査票を実習(見学)開始前までに実習(見学)担当者に提出してください。 改訂日:2023年7月1日
 以上の手続きが終了していない場合は、実習(見学)を許可出来ません。ワクチン接種が出来ない特別な理由がある者は、実習(見学)担当者に理由書を提出してください。

1歳以降での予防接種記録



<麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ抗体価と必要な予防接種回数(予防接種の記録がない場合)>

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上 16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上 8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上 45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上 30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上 45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上 14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上 3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上 30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上 25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL未満
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上 4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上 4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上



1シリーズとは...
 ワクチン接種3回+抗体価測定(定量検査)まで含む
 接種時期がずれると1シリーズとしてカウント出来ません。
 ご注意ください。

図1 ワクチン接種のスケジュール

3回予防接種を受ける
(0, 1, 6ヶ月)

3回目接種終了から
1~2ヶ月後
抗体価 (定量) 測定

抗体価検査の結果と、
3回の接種記録の写しを提出【完了】

※ HBs抗原陽性の場合は、ワクチン接種不要です。