

【実習(見学)前感染症調査票】

株式会社麻生 飯塚病院

所属施設(学校)名 _____ 氏名 _____ 職種 _____

実習(見学)期間: _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日 生年月日: _____年 _____月 _____日生 ※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 type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input 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 type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input 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 type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載) <input 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	1回 _____年 _____月 _____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 _____年 _____月 _____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シリーズ】 1回目 _____年 _____月 _____日 2回目 _____年 _____月 _____日 3回目 _____年 _____月 _____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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有
罹患日 (日付を記載して下さい)	_____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	_____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	_____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	_____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 日付不明	
抗体価検査日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日
検査方法 (陽性基準) ※検査方法は、右記のものでお願いします	<input 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。	<input type="checkbox"/> HI法(1:32以上) <input 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 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で陽性(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 type="checkbox"/> EIA法 IgG(4.0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。	【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 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					
追加ワクチン接種日	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 _____年 _____月 _____日 2回目 _____年 _____月 _____日	1回目 _____年 _____月 _____日 2回目 (1回目より4週間後) _____年 _____月 _____日 3回目 (1回目より20~24週の間) _____年 _____月 _____日

※【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。

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方は、実習(見学)担当者に理由書を提出してください。

改定日: 2023年7月1日