検査結果報告書とワクチン接種証明（写）を必ず添付願います

感染症調査票（採用・転入・研修・実習）

提出日　西暦　　年　　月　　日

1. 氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　職種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
2. 採用・転入日　　年　　月　　日
   研修・実習開始日　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
3. 区　分　　採用・転入・研修・実習　（〇をしてください）
4. 施設名（前所属） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 流行性感染症調査　（〇をしてください）

	既往歴	ワクチン接種歴	抗体検査実施歴
麻　疹（はしか）	有　無　不明	1 回　2 回　無　不明	有　無
風　疹	有　無　不明	1 回　2 回　無　不明	有　無
水痘（みずぼうそう）	有　無　不明	1 回　2 回　無　不明	有　無
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	有　無　不明	1 回　2 回　無　不明	有　無

6. 抗体検査の結果報告書のコピーを添付してください。（検査方法の記入がされているもの）
＊新たに検査される場合は、検査方法を EIA 法 IgG（風疹は HI 法でも可）でお願いします。

7. 成人以降、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎のワクチンを接種された方はご記入ください。

ワクチン名	接種日	医療機関名
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	

＊ワクチン接種証明になるもののコピーを全て添付してください。（母子手帳のワクチン接種歴を含む）

8. 10～3 月に来られる方・・・今年度のインフルエンザワクチンは接種しましたか　はい　いいえ

9. B 型肝炎について　〇をしてください。（事務系職種の方は不要です）
   検査実施歴　有　無　　＊検査結果報告書を添付（コピー可）
10. B 型肝炎ワクチンを接種された方はご記入ください。
   □ 1 クール（3 回）接種した　　□ 1 クールを 2 回（計 6 回）接種した
   □ 不明・何回接種したか覚えていない　□ 何回（6 回以上）接種しても抗体が上がらない
   □ その他（　　）

＊抗体を獲得してから勤務・研修・実習することを義務付けています。院内感染防止にご協力ください。
＊相談や質問等がある場合には、感染制御室医師・看護師にご連絡ください。
＊記入内容の不足や確認が必要な場合は再度通知いたしますのでご了承ください。