

感染症調査票（採用・転入・研修・実習）

記入日 西暦 年 月 日

1. 氏名 _____ 生年月日（西暦） _____ 年 月 日
2. 職種 _____
3. 区分 採用・転入・研修・実習 （○をしてください）
4. 採用・転入日 _____ 年 月 日
 研修・実習期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日
5. 現在の所属施設（学校）名 _____

6. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎について、1歳以上からの予防接種歴を記入してください。
 ※それぞれの予防接種記録の写しをすべて提出してください。

	回数	接種日（西暦）	医療機関など	罹患歴（参考として）
麻疹	1回目	年 月 日		あり なし 不明
	2回目	年 月 日		
風疹	1回目	年 月 日		あり なし 不明
	2回目	年 月 日		
水痘	1回目	年 月 日		あり なし 不明
	2回目	年 月 日		
流行性 耳下腺炎	1回目	年 月 日		あり なし 不明
	2回目	年 月 日		

7. 「医療関係者のワクチンガイドライン MMRV 対応フローチャート（別紙 図1）」に従い抗体検査を受けた場合は、検査結果報告書の写しを提出してください。結果を「MMRV 抗体価と必要予防接種回数（別紙 表1）」で確認し、A または B の場合は予防接種を受けて、予防接種の記録の写しを提出してください。

	検査方法	検査日	抗体価
麻疹	EIA 法（IgG）		
風疹	EIA 法（IgG）または HI 法		
水痘	EIA 法（IgG）		
流行性耳下腺炎	EIA 法（IgG）		

8. B型肝炎ワクチンについて

これまでにB型肝炎ワクチンを接種したことがありますか（ はい いいえ ）

「はい」のかたは

①該当箇所へ✓をお願いします。接種歴がわかる書類があれば写しを提出してください。

- | | |
|--|--|
| ☐ 1クール（3回）接種した | ☐ 1クールを2回（計6回）接種した |
| ☐ 接種歴はあるが回数は分からない | ☐ 2クール接種したが抗体があがらない |
| ☐ その他（ | ） |

②B型肝炎ワクチンの接種後に、抗体検査を受けましたか（ はい いいえ ）

「はい」の方は、検査結果報告書があれば、写しを提出してください。

9. インフルエンザワクチンについて

過去1年以内にインフルエンザワクチンを接種しましたか（ はい いいえ ）

「はい」の方は、最後に接種をした年月を教えてください。記録の写しは不要です。

西暦 年 月 （頃）

〈採用・転入職員のみ〉

10. 百日せき含有ワクチンについて

過去10年以内に百日せき含有ワクチンを接種したことがありますか（ はい いいえ ）

「はい」の方は、接種記録があれば写しを提出してください。

*相談や質問等がございましたら、感染制御室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。

2024年3月改訂

2025年5月改訂