

## 感染症調査票（採用・転入・研修・実習・ボランティア）

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・流行性耳下腺炎のワクチン接種歴をご記入ください（小児期の接種を含む）  
 ※ワクチン接種証明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）

種類	回数	接種日時（西暦）	接種を受けた 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. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎それぞれについて、2回以上のワクチン接種歴を証明する書類を提出できない場合は、抗体検査結果（コピーを添付）を提出してください  
 ※抗体検査の方法はEIA法IgG（風疹はHI法も可）に限りますのでご注意ください  
 ※追加でワクチン接種をした場合も接種証明を添付して下さい

	検査方法	抗体価	表1の基準を 満たしている	追加のワクチン接種をした 場合は接種日を記入
麻疹	EIA法（IgG）		はい いいえ	回目 年 月 日
				回目 年 月 日
風疹	EIA法（IgG） またはHI法		はい いいえ	回目 年 月 日
				回目 年 月 日
水痘	EIA法（IgG）		はい いいえ	回目 年 月 日
				回目 年 月 日
流行性 耳下腺炎	EIA法（IgG）		はい いいえ	回目 年 月 日
				回目 年 月 日

裏面もご記入ください

8. 新型コロナウイルスワクチンの接種をしましたか ( はい いいえ )  
 接種済みの方は、最後に接種をした年月日を教えてください

( ) 回目を 西暦 年 月 日

9. インフルエンザワクチンの接種をしましたか ( はい いいえ )  
 接種済みの方は、最後に接種をした年月日を教えてください

西暦 年 月 日

10. B型肝炎ワクチンの接種歴がある方のご記入ください

- 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
- 6回以上接種したが抗体があがらない
- その他 ( )

11. B型肝炎ワクチン接種後、抗体価検査を受けましたか ( はい いいえ )  
 「はい」の場合は、検査結果報告書 (コピー可) を添付してください

- \* 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しては、抗体を獲得してから勤務・研修・実習すること、  
としております。院内感染防止のためご協力下さい。
- \* 相談や質問等がある場合には、感染制御室へご連絡ください。
- \* 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。

○提出する書類がそろっていることをご確認ください (確認したら□に✓)

「2回以上のワクチン接種歴を証明する書類」または「抗体検査の結果」(いずれもコピー可)

麻疹	<input type="checkbox"/>
風疹	<input type="checkbox"/>
水痘	<input type="checkbox"/>
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>

あれば「抗体検査結果」(コピー可)

B型肝炎	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------