

実習、見学者の方へ

総合病院水戸協同病院長
感染対策委員長

院内感染対策（感染症に感染しない・させない）の目的で、当院で勤務及び実習、見学、体験する方には、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎に関する免疫能について「抗体検査・ワクチン接種履歴表」を提出いただいております。勤務及び派遣・委託・実習・見学・体験予定日までに担当事務まで提出いただきますようお願いいたします。

履歴表は、勤務及び派遣・委託・実習・見学・体験終了後に廃棄いたします。

<提出時の留意点>

- 履歴表の提出には医療機関又は施設名、担当医又は担当責任者の署名が必須となります（本人による記載は不可）。日付は西暦で記載して下さい。
- 履歴表に直接記載又は所属する医療機関・会社・学校が発行する抗体検査・ワクチン接種歴、診断書、抗体検査結果のコピー等を添付して下さい。
- 小・中学生、高校生のみ母子手帳のコピーを認めます。
- 小・中学生、高校生のみB型肝炎は対象外とします。
- 派遣・委託職員等は、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎において入職までに下表に従い免疫能を獲得して下さい（アレルギーでワクチン接種ができない場合は担当事務にご相談下さい）。

感染症	検査結果	対応
麻疹、風疹、水痘、 流行性耳下腺炎	基準値を満たす	ワクチン接種は不要
	基準値を満たさない	1回ワクチン接種を行う
	抗体陰性	1ヶ月以上あけて2回ワクチン接種を行う
B型肝炎	基準値を満たす	ワクチン接種は不要
	基準値を満たさない	1シリーズ（3回）で免疫獲得とならなかった場合、もう1シリーズ（3回）のワクチン接種を行う。計2シリーズ（6回）のワクチン接種で免疫獲得とならなかった場合、追加のワクチン接種は行わない。
	抗体陰性	1シリーズ（3回）ワクチン接種を行う

問合せ先

総合病院水戸協同病院庶務課 TEL : 029-231-2371（代）

2015年5月28日作成

抗体検査・ワクチン接種履歴表 (2015年5月28日版)

氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____ 職種 _____

実習・見学予定日 20 年 _____ 月 _____ 日

●麻疹			
検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	検査方法	_____ 抗体価 _____
ワクチン接種日	第1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	第2回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
●風疹			
検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	検査方法	_____ 抗体価 _____
ワクチン接種日	第1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	第2回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
●水痘			
検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	検査方法	_____ 抗体価 _____
ワクチン接種日	第1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	第2回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
●流行性耳下腺炎			
検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	検査方法	_____ 抗体価 _____
ワクチン接種日	第1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	第2回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
●B型肝炎			
検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	検査方法	_____ 抗体価 _____
ワクチン接種日	第1クール	第1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		第2回 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		第3回 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	第2クール	第1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		第2回 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		第3回 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

上記のとおり相違いないことを証明する。 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関又は施設名 _____

担当医又は担当責任者 _____