

流行性ウィルス疾患抗体検査に関するアンケート

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター
総合病院水戸協同病院

当院では感染症対策のため、実習・見学者の方に流行性ウィルス疾患抗体検査の結果についてのアンケートを実施しておりますのでご協力お願いいたします。

下記にご記入の上、検査結果のある方は見学実習当日に提出していただきますようお願いいたします。

本アンケート及び検査結果は、実習見学後に破棄いたします。

【検査方法】麻疹・水痘・流行性耳下腺炎⇒E I A法 風疹⇒E I A法またはH I法

該当箇所に○をして下さい。

検査項目	① 抗体価	② ワクチン接種
麻疹 (はしか)	陽性 陰性 不明	した→接種記録を提出 していない
風疹 (三日はしか)	陽性 陰性 不明	した→接種記録を提出 していない
水痘 (水ぼうそう)	陽性 陰性 不明	した→接種記録を提出 していない
流行性耳下腺炎 (おたふく)	陽性 陰性 不明	した→接種記録を提出 していない

ツベルクリン反応検査	陽性	陰性	不明
クオンティフェロン	陽性	陰性	不明

学校名・勤務先 _____

氏名 _____ 印 _____

当院では個人情報の保護に取り組んでいます。見学者も患者及び病院職員の個人情報を取り扱うことがありますので、個人情報の保護に関する誓約書の提出をお願いします。

個人情報の保護に関する誓約書

私は見学・実習中に知りえた総合病院水戸協同病院・筑波大学附属病院水戸地域医療教育センターの患者及び職員の個人情報を正当な事由なく、第三者に漏らさない事を誓約します。

平成 年 月 日

学校名・勤務先名 _____

氏名 _____ 印

ご協力ありがとうございました。