

公立昭和病院研修生等感染症申告書

昭和病院では、院内感染対策の一環として、研修生等の方のワクチン接種の確認
もしくは抗体検査の実施と、1年以内の胸部レントゲン結果の申告をお願いしています。

下記の疾患に対して2回以上の ワクチンの接種歴がありますか		ワクチン接種歴を 記載してください				ワクチン接種歴のない方は 抗体価検査の結果を申告してください	
						(検査日)	(抗体価)
麻疹	はい・いいえ	1回目	年	月	日	年 月 日	EIA法(IgG) 16以上
		2回目	年	月	日		
風疹	はい・いいえ	1回目	年	月	日	年 月 日	EIA法(IgG) 8以上
		2回目	年	月	日		
水痘	はい・いいえ	1回目	年	月	日	年 月 日	EIA法(IgG) 4以上
		2回目	年	月	日		
流行性耳下腺炎	はい・いいえ	1回目	年	月	日	年 月 日	EIA法(IgG) 4以上
		2回目	年	月	日		
B型肝炎	はい・いいえ	1回目	年	月	日	年 月 日	10mIU/mL以上
		2回目	年	月	日		
		3回目	年	月	日		

- ▶ B型肝炎以外の抗体価測定は、EIA法で行ってください。
- ▶ ワクチン接種歴が無く、抗体価が基準に満たない場合、対象疾患のワクチン接種を行い確認できる書類(接種証明書等)の写しを提出して下さい。

1年以内の胸部レントゲン	撮影日 年 月 日
	異常なし・異常あり*

* 異常陰影がある場合は、医師の診断書を提出して下さい。

公立昭和病院

院長 殿

上記申告事項に相違ありません。

年 月 日

所属機関

氏名