年　　月　　日

済生会横浜市東部病院

院長　三角 隆彦 様

感染症抗体価等報告書

所　　属

実習・研修生氏名

**下記の1.～3.について必要な項目を全て記入し、実習・研修開始の2週間前までに虚偽なく報告してください。**

**１.ウイルス抗体価検査　（①、②のいずれかを満たしてください。）**

1. 実習・研修開始日から過去5年以内に検査した麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の抗体価が、基準値（下表参照）を上回っている。上回っている場合は下表に測定値、検査日を記入してください。
2. 1歳以上から、これまでに麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎のワクチンを各々2回接種している。接種している場合は下表にワクチン接種年月日を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **検査法** | **基準値** | **測定値** | **検査日** | **ワクチン接種日****(1回目)** | **ワクチン接種日****（2回目）** |
| **麻疹** | ＥＩＡ（ＩｇＧ）法 | 16.0 | 以上 |  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 他法（　　　　） |  |  |
| **風疹※1** | ＥＩＡ（ＩｇＧ）法 | 8.0 | 以上 |  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ＨＩ法 | 1：32 | 以上 |
| **水痘** | ＥＩＡ（ＩｇＧ）法 | 4.0 | 以上 |  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 他法（　　　　） |  |  |
| **流行性****耳下腺炎** | ＥＩＡ（ＩｇＧ）法 | 4.0 | 以上 |  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

※1風疹につきましては、ＥＩＡ（ＩｇＧ）法を推奨しますがＨＩ法で代替しても構いません。風疹以外の項目につきましては、ＥＩＡ（ＩｇＧ）法での検査を推奨していますが、麻疹、水痘は他法（中和法等）で検査した場合、他法（　）に検査法を明記してください。

**２.結核検査**

実習・研修開始日から過去1年以内に検査した胸部X線、QFT、T-SPOTのいずれか1つ以上の結果を記入してください。胸部X線で異常あり、QFTおよびT-SPOTで陰性以外の方は、その後の精密検査の結果も記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **検査項目** | **判　定****（該当するものに○）** | **検査日** | **精密検査結果****例：精密検査で潜在性結核感染症と診断され現在治療中** |
| **胸部X線** | 異常なし　・　異常あり | 年 月 日 |  |
| **QFT** | 陰性　・　判定保留判定不可　・　陽性 | 年 月 日 |  |
| **T-SPOT** |

**３.インフルエンザ予防接種確認**（11月～4月に実習・研修する場合に限る）

|  |  |
| --- | --- |
| **今シーズンのワクチン接種の有無（該当するものに○）** | **接種日もしくは接種予定日、未接種の場合の理由** |
| 接種済 | 年 月 日 |
| 接種予定 | 年 月 日 |
| 未接種 |  |

**【その他】**

**B型肝炎にはワクチンがございますので、できる限りの接種と免疫獲得を推奨します。**

但し、万が一、実習・研修期間中に針刺し切創・皮膚粘膜曝露があった場合は、B型肝炎、C型肝炎、HIVへ迅速に対応する体制を整えています。