

胸部X線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（実習・研修・研究生用）

獨協医科大学埼玉医療センター 病院長様

貴院にて、（職種） の （実習・研修名） のため、  
胸部X線検査および感染症抗体検査結果、ワクチン接種について下記の通り申告いたします。  
実習・研修期間： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）

○胸部X線検査またはT-SPOT, QFT検査実施状況（必須・過去1年以内に実施したもの）

- 胸部X線検査(またはT-SPOT, QFT検査) 実施日 年 月 日  
検査結果 ⇒ 正常 異常（ 年 月 日）

\*結核疑いの場合は診断書を提出。

○抗体価検査・ワクチン接種状況(抗体価は過去5年以内に実施したもの)

1. ウイルス疾患抗体価（必須）

ウイルス疾患	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎
ワクチン接種歴	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回
抗体検査値	( )法 <u> 年 月 日</u>	( )法 <u> 年 月 日</u>	( )法 <u> 年 月 日</u>	( )法 <u> 年 月 日</u>
抗体検査年月日	<u> 年 月 日</u>	<u> 年 月 日</u>	<u> 年 月 日</u>	<u> 年 月 日</u>
当院で陽性値と認める値 (EIA法を推奨)	EIA法 16以上 PA法 256以上 NT法 8倍以上	EIA法 8以上 HI法 32倍以上	EIA法 4以上 IAHA法 1:4 以上	EIA法 4以上
未接種の理由：				

\*結果やワクチン接種証明書の提出は必要ありません。

\*陰性者のワクチンは2回を原則としています。

2. B型肝炎ウイルス抗体価（必須：体液に触れる職種。任意：体液に触れない職種）

	抗体検査日と判定	ワクチン接種歴
HBs抗体	陽性 陰性 未検査 ( <u> 年 月 日</u> )	有( <u> 回</u> ) 無

3. 季節性インフルエンザワクチン接種状況（必須・研修期間が11～3月の場合のみ記入）

インフルエンザワクチン	接種日・接種予定日（ <u> 年 月 日</u> ）
未接種の理由：	

\*接種日または接種予定日を記入して下さい。接種証明書の提出は必要ありません。

記載日  年 月 日

上記申告事項に相違はありません。

学校（施設）名： 年 月 日

氏名： 年 月 日 印

各問い合わせ先 Ⅱ：048-965-1111（代表）

書類提出先：実習・研修各部署

検査基準内容：感染制御部 Mail：k-ict@dokkyomed.ac.jp

実習・研修 受入部署 担当者  年 月 日 印

\*申告書は個人・実習受け入れ部署・感染制御部で各々保管する。