

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） 看護師 の（実習・研修名） 病院実習 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し上げます。
実習・研修期間：2020年 3月 1日～2020年 5月 30日（30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 2020年 1月 20日

□検査結果 ⇒ 正常 □異常 ()

*結核疑いの場合は診断書を提出。

抗体不十分のため

1回追加接種が必要

抗体陰性のため

2回接種が必要

○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 <u>2回</u>	未 1回 <u>2回</u>	未 <u>1回</u> 2回	<u>未</u> 1回 2回
抗体検査値	(EIA)法 <u>18.2</u>	(EIA)法 <u>10.2</u>	(EIA)法 <u>3.0</u>	(EIA)法 <u>2未満</u>
抗体検査年月日	<u>2018年 3月 1日</u>	<u>2018年 3月 1日</u>	<u>2018年 3月 1日</u>	<u>2018年 3月 1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。

2020年1月より変更になりました。

2. B型肝炎ウイルスの抗体価（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	<u>陽性</u> 陰性 未検査 (<u>2018年 4月 1日</u>)	<u>有</u> (<u>3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・ <u>接種予定日</u> (<u>2019年 12月 10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 2019年 12月 1日

上記申告事項に相違はありません。

学校（施設）名：〇〇大学 看護学部

氏名：〇〇 〇〇 印

提出後、受入
部署で押印

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 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。