

(様式3号) 胸部X線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書 (実習・研修生用)

医療法人慶友会

守谷慶友病院 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-S P O T, Q F T検査の実施状況 (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-S P O T, Q F T検査) 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査結果 ⇒ 正常 異常 (_____)

*結核疑いの場合は診断書提出。T-S P O T、Q F T検査の場合はコピーを添付してください。

● 抗体価検査・ワクチン接種状況

1. ウイルス疾患抗体価 (必須・過去5年以内に実施したもの)

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	() 法	() 法	() 法
抗体検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
当院で陽性値と認める値 (E I A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 :				

*陰性者のワクチンは2回を原則としています。

2. B型肝炎ウイルスの抗体価 (任意・ワクチン接種を推奨します)

	抗体検査日と判定	ワクチン接種歴
HBs抗体	陽性 陰性 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	あり なし

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月から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 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
未接種の理由 :	

*接種日または接種予定日を記入してください。

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校(施設)名 : _____ 氏名 _____ 印 _____

各問い合わせ先 : TEL 0297-45-3311 (代表)

書類提出先 : 実習・研修部署

検査基準内容 : 感染対策管理室

実習・研修 受け入れ部署担当者 _____ 印 _____

*この用紙は、個人(コピー)、病院人事課で保管する。

(様式2号)

守谷慶友病院長
病院長 今村 明 様

個人情報保護に関する誓約書

私は、院内の個人情報保護に関する諸規則を遵守いたします。なお、実習中に知り得た患者さん、職員及び病院関係者の個人情報について、実習中はもちろん、実習後においても漏洩及び使用しないことを約束いたします。

平成 年 月 日

所属機関名 _____

氏 名 _____ 印

(実習・研修期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)