**抗体価測定結果およびワクチン接種状況報告書（実習生・研修生用）**

提出日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

施設等の名称：

氏名：

**1、3、4、5は必ず記載してください。（2は該当者のみ記載してください）**

1．麻疹・風疹・ムンプス・水痘ワクチン接種歴

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 接種日(西暦) |  |  | 接種日(西暦) |
| 麻疹 | 1回目 | 　　　年　　　月　　日 | 風疹 | 1回目 | 　　　年　　　月　　日 |
| 2回目 | 　　　年　　　月　　日 | 2回目 | 　　　年　　　月　　日 |
| ムンプス | 1回目 | 　　　年　　　月　　日 | 水痘 | 1回目 | 　　　年　　　月　　日 |
| 2回目 | 　　　年　　　月　　日 | 2回目 | 　　　年　　　月　　日 |

**※上記「1」のワクチンを2回接種していない場合は「2」を記載してください。（2回接種している場合は「2」は記載不要）**※該当する方のみ記載してください

2．麻疹・風疹・ムンプス・水痘抗体検査　※該当する検査方法を◯で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象 | 検査方法 | 結果(数値) | 検査日(西暦) |
| 麻疹 | ＥＩＡ法・ＰＡ法中和法 |  | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 風疹 | ＥＩＡ法・ＨＩ法ＬＴＩ法・ＥＬＩＡ法・ＣＬＥＩＡ法 |  | 　　　　年　　　月　　　日 |
| ムンプス | ＥＩＡ法・中和法 |  | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 水痘 | ＥＩＡ法・中和法 |  | 　　　　年　　　月　　　日 |

3．Ｂ型肝炎ワクチン接種歴

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １シリーズ目 |  | 接種日(西暦) | ２シリーズ目 |  | 接種日(西暦) |
| １回目 | 　　年　　　月　　日 | １回目 | 　　　　年　　月　　日 |
| ２回目 | 　　　年　　　月　　日 | ２回目 | 　　　　年　　月　　日 |
| ３回目 | 　　　年　　　月　　日 | ３回目 | 　　　　年　　月　　日 |

**※上記「3」のワクチン接種後の検査結果（2シリーズ以上接種した場合は、その後の検査結果）を「4」に記載してください。**

4．ワクチン接種後（最終の）Ｂ型肝炎抗体検査結果　※該当する検査方法を◯で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象 | 検査方法 | 結果(数値) | 検査日(西暦) |
| HBs抗体 | ＣＬＩＡ法・ＥＩＡ法ＲＩＡ法・ＰＨＡ法ＣＬＥＩＡ法 |  | 　　　　年　　　月　　　日 |

5．胸部レントゲン検査結果　※該当する検査方法を◯で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 検査及び症状 | X線結果の異常および咳症状の有無 | 【異常あり】の場合、治療の有無 |
| 国内 | 直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無 | なし　　・　　あり | 治療歴：あり　　・　なし |
| 高蔓延国など | 直近3ヶ月以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無 | なし　　・　　あり | 治療歴：あり　　・　なし |
| 高蔓延国以外 | 直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無 | なし　　・　　あり | 治療歴：あり　　・　なし |

※異常ありかつ治療歴なしの方には別途ご連絡する場合がありますのでご承知おきください。

**以上、施設または自身の責任において、相違ないことを報告いたします。**

**抗体価測定結果およびワクチン接種状況報告書（実習生・研修生用）**

**抗体検査結果およびワクチン接種の基準を満たしているか提出前に各自もしくは各施設の責任において確認し提出してください。**

記入例

提出日（西暦）：　**2023**年　**9**月　**30**　日

施設等の名称：　**○○○○大学／病院等**

氏名：　**○○　○○**

当院で実習・研修を実施する方の氏名をご記入ください。**1名につき1枚ごとに当様式の提出が必要となります。**

**1、3、4、5は必ず記載してください。（2は該当者のみ記載してください）**

1．麻疹・風疹・ムンプス・水痘ワクチン接種歴

1歳以上で接種歴がある場合は必ず接種日を記入してください。ワクチン歴がない、または1回のみ接種の方は2へ進んでください。

対象者で４種ワクチン接種をされていない方は、その理由を添付の報告書の空白部分に記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 接種日(西暦) |  |  | 接種日(西暦) |
| 麻疹 | 1回目 | **1997**年**10**月**25**日 | 風疹 | 1回目 | **2000**年　**4**月　**5**日 |
| 2回目 | **1998**年　**5**月　**1**日ワクチンを３回以上接種している場合は直近の2回を記入してください。 | 2回目 | 年　月　日 |
| ムンプス | 1回目 | **2020**年　**4**月　**5**日 | 水痘 | 1回目 | **2020**年　**4**月　**5**日 |
| 2回目 | **2020**年　**5**月　**1**日 | 2回目 | **2020**年　**5**月　**1**日 |

**※上記「1」のワクチンを2回接種していない場合は「2」を記載してください。（2回接種している場合は「2」は記載不要）**※該当する方のみ記載してください

4種ワクチン接種を2回実施していない方で、接種が1回もしくは不明の方は、実習、研修前に最低でも1回は接種していたきますようお願いします。

2．麻疹・風疹・ムンプス・水痘抗体検査　※該当する検査方法を◯で囲んでください。

学校等で集団ワクチン接種をしている場合は、別紙を添付いただいても構いません。その際、日時、氏名がわかるものを添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象 | 検査方法 | 結果(数値) | 検査日(西暦) |
| 麻疹 | ＥＩＡ法・ＰＡ法中和法 | **18.3** | 　**2020**年　　**5**月　 **20**日 |
| 風疹 | ＥＩＡ法・ＨＩ法ＬＴＩ法・ＥＬＩＡ法・ＣＬＥＩＡ法 | **32** | 　**2020**年　　**5**月　 **20**日 |
| ムンプス | ＥＩＡ法・中和法 | **5.0** | 　**2020**年　　**5**月　 **20**日 |
| 水痘 | ＥＩＡ法・中和法 | **18** | 　**2020**年　　**5**月　 **20**日 |

3．Ｂ型肝炎ワクチン接種歴

学校等で集団検査をしている場合は、別紙を添付いただいても構いません。その際、日時、氏名がわかるものを添付してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １シリーズ目 |  | 接種日(西暦) | ２シリーズ目 |  | 接種日(西暦) |
| １回目 | **2019**年　**4**月　**5**日 | １回目 | **2020**年　**4**月　**6**日 |
| ２回目 | **2019**年　**5**月　**5**日 | ２回目 | **2020**年　**5**月　**5**日 |
| ３回目 | **2019**年　**10**月　**5**日 | ３回目 | **2020**年**10**月　**5**日 |

**※上記「3」のワクチン接種後の検査結果（2シリーズ以上接種した場合は、その後の検査結果）を「4」に記載してください。**

4．ワクチン接種後（最終の）Ｂ型肝炎抗体検査結果　※該当する検査方法を◯で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象 | 検査方法 | 結果(数値) | 検査日(西暦) |
| HBs抗体 | ＣＬＩＡ法・ＥＩＡ法ＲＩＡ法・ＰＨＡ法ＣＬＥＩＡ法 | **2.5未満** | 　　**2020**年　　**5**月　**20**日 |

5．胸部レントゲン検査結果　※該当する検査方法を◯で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 検査及び症状 | X線結果の異常および咳症状の有無 | 【異常あり】の場合、治療の有無 |
| 国内 | 直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無 | なし　　・　　あり2)世界保健機関（WHO）が公表している結核高まん延国および結核高負荷国での居住歴が6ヶ月以上ある者は、少なくとも3ヶ月以内の撮影した胸部X線写真の診断結果に異常が無いことおよび咳症状などが無いことを確認の上、報告書に記載してください。 | 治療歴：あり　　・　なし |
| 高蔓延国など | 直近3ヶ月以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無 | なし　　・　　あり | 治療歴：あり　　・　なし |
| 高蔓延国以外 | 直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無 | なし　　・　　あり | 治療歴：あり　　・　なし |

※「異常あり」かつ「治療歴なし」の方には別途ご連絡する場合がありますのでご承知おきください。

**提出前に各自もしくは各施設の責任下のもと、提出してください。**

**以上、施設または自身の責任において、相違ないことを報告いたします。**

**※ご提出いただいた情報は当該実習・研修に関してのみ使用します。**