

実習および病院見学をされる方へ

病院には、感染症に罹患している患者さんがいる一方、抵抗力がなく感染しやすい状態の患者さんがいます。当院では患者さん、見学される方に対する感染予防対策として、患者と接する可能性のある方に麻疹(はしか)、風疹(3日ばしか)、水痘(水ぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)の抗体検査を実施していただいております。既往歴だけでは不確実であり、予防接種歴があっても減衰している可能性があるため、ご協力をよろしく申し上げます。

ウイルス抗体価 検査結果申請書

(見学・実習生1名につき1枚ご提出ください。)

所属(施設・学校名)	
氏名	
研修目的・場所	
研修期間	

① この申請書は実習開始2週間前までに提出してください。

② 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎について、抗体価を記入してください。

なお、検査結果のコピーがあれば添付してください。

③ 抗体価が基準値に満たない場合、ワクチンの接種を強く推奨いたします。

ワクチン接種は免疫獲得完了となるよう、実習開始4週間までに接種し、接種日を記入してください。また、接種記録を添付してください。(接種した際の領収書などのコピー可)

④ 冬期(12~3月)に実習が行われる場合は、インフルエンザワクチンの接種を推奨いたします。

※インフルエンザワクチン接種した場合のみ記入 ⇒ [年 月 日にワクチンを接種しました。]

抗体価および、ワクチン接種状況は下記のとおりです。

	検査方法 (行った検査方法を ○で囲んでください。)	検査日	抗体価	ワクチン接種推奨 (下記の基準値を参照のうえ、接種対象か否か○を記入してください。 対象の方で、ワクチンを接種した場合は右欄に接種日を記入してください。)	ワクチン 接種日
麻疹	EIA法、PA法 NT法(中和法)	年 月 日		対象 / 対象でない	年 月 日
風疹	EIA法、HI法	年 月 日		対象 / 対象でない	年 月 日
水痘	EIA法、IAHA法	年 月 日		対象 / 対象でない	年 月 日
流行性耳下腺炎	EIA法	年 月 日		対象 / 対象でない	年 月 日

当院のワクチン接種を推奨する抗体価基準値

麻疹(検査方法): EIA法(IgG) 16.0未満または(±)(-)、中和法8倍未満、PA法256未満

風疹(検査方法): EIA法(IgG) 8.0未満または(±)(-)、HI法(IgG) 32倍未満

水痘(検査方法): EIA法(IgG) 4.0未満または(-)(±)、IAHA法4倍未満

流行性耳下腺炎(検査方法): EIA法(IgG) (-)(±)

*平成26年(2014年)9月刊行 日本環境感染学会「院内感染対策としてのワクチンガイドライン(第2版)」を指針

※ワクチン接種推奨対象者が、今回ワクチン未接種の場合、理由を下記に記入してください。

※上記疾患の流行時の対応に関する承諾について

実習期間中(もしくは実習前)に、上記疾患の発生報告が生じた場合、免疫を持たない方の実習をお断りする可能性があります。 承諾する (サイン: _____)