

## 感染症に係わる調査票(研修登録医・病院研修生)

医療従事者に対してワクチン接種が勧められる目的として、医療従事者の健康保持、医療従事者から周囲の患者への感染防止等があります。研修にあたり、調査票と過去に受けた抗体検査結果・ワクチン接種の**証明書（母子手帳や医療機関発行の記録等）のコピーを必ず添付**し、提出してください。

全て必須事項ですので必ず記入ください。未記入事項がある場合はお問合せいたします。

九州大学病院 グローバル感染症センター

記載日時	西暦	年	月	日	(年月日記入例 8桁→20240401)	勤務先													
氏名	フリガナ				年齢	生年月日 (8桁)			連絡先電話番号(11桁) ハイフンなし						職種No	←職種番号を記入			
																1.教員 2.医員 3.研修医 4.看護師 5.薬剤師 6.医療技術部 7.学生 8.その他			
研修期間	西暦	年	月	日	～	年	月	日	研修場所										
									病棟、診療科等										

↑実際に研修を行う場所を記載してください。(例：南棟8階病棟)

## 1 流行性ウイルス疾患 ①麻疹 ②風疹 ③水痘 ④流行性耳下腺炎

※1 罹患「あり」でワクチン接種を受けていない場合は、抗体陽性の検査結果が必要です。抗体価検査※3を記入ください。

※2 ワクチンを2回接種したことが証明できる場合、抗体価検査※3の記載は不要です。

↓下表の該当するところに☑、日付には8桁数字(記入例 20240401)、抗体価には数値を記入ください。

疾患種類	①麻疹				②風疹				③水痘				④流行性耳下腺炎				
※1 罹患歴(ありの場合、西暦を記載)	<input type="checkbox"/> あり			年	<input type="checkbox"/> あり			年	<input type="checkbox"/> あり			年	<input type="checkbox"/> あり			年	
※2 予防接種	直近の2回分までの接種日を記載																
	直近順に記載																
	近	接種日															
	遠	接種日															
※3 抗体価検査	上記のワクチン2回接種未満の方のみ記載																
	検査日																
	検査方法①	<input type="checkbox"/> EIA法 (IgG) 基準値2.0以上				<input type="checkbox"/> EIA法 (IgG) A基準値2.0以上				<input type="checkbox"/> EIA法 (IgG) 基準値2.0以上				<input type="checkbox"/> EIA法 (IgG) 基準値2.0以上			
	抗体価	_____⇐数値を記入				_____⇐数値を記入				_____⇐数値を記入				_____⇐数値を記入			
	判定	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +			
	検査方法②	<input type="checkbox"/> PA法 基準値1:16以上 <input type="checkbox"/> NT (中和法) 基準値1:4以上				<input type="checkbox"/> HI法 基準値8倍以上				<input type="checkbox"/> IAHA法 基準値1:2以上				検査方法①②以外は無効			
抗体価	_____⇐数値を記入				_____⇐数値を記入				_____⇐数値を記入								
判定	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +								

## 2 B型肝炎

ワクチン接種「前」の抗体検査結果				B型肝炎ワクチン接種 (年月日8桁記入)								ワクチン接種「後」の抗体検査結果																	
検査日				2クール接種の方のみ記載								検査日																	
HBs抗体価	_____mIU/ml⇐数値を記入			1回											1回											HBs抗体価	_____mIU/ml⇐数値を記入		
抗体判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (10mIU/ml以上)			2回											2回											抗体判定	<input type="checkbox"/> 陽性 (10mIU/ml以上) <input type="checkbox"/> 陰性		
				3回											3回														

↑ワクチン接種後の抗体検査結果の記載がある場合のみ、未記載可

B型肝炎ワクチンの1シリーズ (0、1、6ヵ月後の3回接種)

 研修可 研修不可

管理No

シリアルNo.