

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.臨床検査技師 7.臨床工学技士 8.臨床検査士 9.臨床研究員 10.臨床研究員 11.臨床研究員 12.臨床研究員 13.臨床研究員 14.臨床研究員 15.臨床研究員 16.臨床研究員 17.臨床研究員 18.臨床研究員 19.臨床研究員 20.臨床研究員
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)

↑ 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)

←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
所属の技術系職員
- 7.学生
- 8.その他

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。

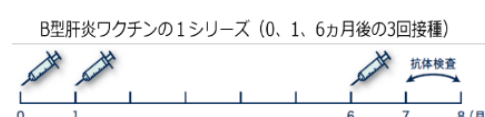
↓下表の該当するところに☑、日付には8桁数字(記入例 20240401)、抗体価には数値を記入ください。

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)		☐ あり				年	☐ あり					年	☐ あり					年	☐ あり					年
※2 予 防 接 種	直近順に記載	直近の2回分までの接種日を記載																						
	近 接種日																							
	遠 接種日																							
※3 抗 体 価 検 査	検査日	上記のワクチン2回接種未満の方のみ記載 ※研修日より5年以内の結果のみ有効																						
	検査方法①	☐ EIA法 (IgG) 基準値2.0以上				☐ EIA法 (IgG) A基準値2.0以上				☐ EIA法 (IgG) 基準値2.0以上				☐ 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	☐ - ☐ ± ☐ +				☐ - ☐ ± ☐ +				☐ - ☐ ± ☐ +				☐ - ☐ ± ☐ +										
	検査方法②	☐ PA法 基準値1:16以上 ☐ NT (中和法) 基準値1:4以上				☐ HI法 基準値8倍以上				☐ 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	☐ - ☐ ± ☐ +				☐ - ☐ ± ☐ +				☐ - ☐ ± ☐ +															

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	☐ 陰性 ☐ 陽性（10mIU/ml以上）							2回								2回								抗体 判定	☐ 陽性（10mIU/ml以上） ☐ 陰性							
↑ 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								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

☐ 研修可 ☐ 研修不可

管理No							
------	--	--	--	--	--	--	--

シリアルNo.

--	--	--