

信州大学医学部附属病院免疫獲得報告書及び誓約書

1) 免疫獲得報告について以下の必要事項に記載してください。該当する箇所に☑してください。

	感染症	予防接種日	抗体検査日
1 ※	麻疹 <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 16.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~15.9 1回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2回接種推奨
2 ※	風疹 <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 8.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~7.9 1回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2回接種推奨
3 ※	ムンプス (流行性耳下腺炎) <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 4.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~3.9 1回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2回接種推奨
4 ※	水痘 <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 4.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~3.9 1回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2回接種推奨
5 ※ ※	B型肝炎 (任意・血液に曝露 する可能性がある 場合は接種推奨)	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	年 月 日 HBs 抗体 <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 10.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 10.0 未満 1クール (3回接種) 推奨
6 ※ ※ ※	結核 <u>(必須)</u> IGRA は任意)	<ul style="list-style-type: none"> 胸部 X線写真による診断は必須 (実習開始 12ヶ月以内) 年 月 日 <input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>異常あり (所見) インターフェロンγ遊離試験 (IGRA) *以下のいずれかの検査に記載してください。 <input type="checkbox"/>QFT (<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>判定保留 <input type="checkbox"/>陰性) ・ <input type="checkbox"/>T-spot (<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>判定保留 <input type="checkbox"/>陰性) 	

※1~4 まずは母子手帳などの記録で予防接種歴を確認してください。それぞれの疾患について1歳以上で行った予防接種の記録が2回以上あれば終了です。その場合は抗体価を測定する必要はありません。2回以上の予防接種の記録がない場合は抗体価を測定し、必要な回数の予防接種を受け、接種日を記載してください。

※※5 血液・体液に曝露する可能性がある場合はB型肝炎ワクチン(1シリーズ3回)の接種を推奨します。HBs抗体陽性の場合は予防接種日の記載は不要です。

※※※6 胸部 X線写真は必須です。IGRAの結果があれば記載してください。

信州大学医学部附属病院長 殿

年 月 日

上記の記載に関して相違ありません。 病院名又は所属施設名 _____

2) 貴院実習生として、患者さんを含むすべての個人情報保護に関する規則等を十分に理解し、これに遵守いたします。実習中、実習後においても、知り得た個人情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはいたしません。これを誠実に遵守することを誓います。

3) 実習又は研修者の故意または過失により、貴院に損害が生じた場合は、実習又は研修元機関は貴院に対して一切の責任を負うものとします。

本人記載 上記の記載に関して相違ありません。

年 月 日

本人署名 _____