

健康状態確認書

氏名	生年月日	西暦	年	月	日	性別	男・女
	最終健診受診日	西暦	年	月	日	年齢	歳

やわたメディカルセンターでは、院内での実習期間中に下記の感染が発生した場合を想定し、実習前に次の①、②のいずれかを提出していただいております。これらは、抗体検査等の把握を目的としておりますので、抗体価が基準を満たしていないことが実習をお断りする理由にはいたしません。

ご自身が体調不良の際は、実習を自粛していただく場合があります。

- ① 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘に対するワクチンの接種（予防接種）を、それぞれについて2回ずつ受けたことを証明する書類（「予防接種実施証明書」） B型肝炎の場合は1クール3回接種
- ② 過去5年以内に麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘の抗体検査を受け、それらの発症を防ぐのに十分な血中抗体価を有していることを証明する書類（「抗体検査結果証明書」）抗体検査の結果、基準を満たしていなかった場合、ワクチン接種を行った方は接種確認ができる書類を提出してください。

【全職種に必要な検査結果】

ウィルス抗体価（医療機関における基準値*）			胸部X線検査 検査結果 (所見)	撮影日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
B型肝炎	CLIA法：10以上			
麻疹 いずれのどれか	NT：8倍以上			
	PA：256倍以上			
	EIA：16.0以上			
風疹 いずれのどれか	HI：32倍以上			
	EIA：8.0以上			
流行性耳下腺炎	EIA：4.0以上			
水痘 いずれのどれか	EIA：4.0以上			
	NT：4倍以上			
	IAHA：4倍以上			

管理栄養士のみ 直近1ヶ月以内

便培養 異常なし 異常あり

*日本環境感染学会より

以上のとおり相違ありません

西暦 年 月 日

(養成機関等の名称)

(代表者名)

以下当院記入欄

回覧	所属長	感染管理	総務部（管理）
確認印	印	印	印

●個人情報に関しては、感染が病院内で発生した場合のみ、対応時に使用し、それ以外に使用することはありません

●提出は、この用紙に限定しておりません。同様の内容が確認できるものでかまいません

2018年10月作成