

杏林大学医学部付属病院実習生等予防接種調査書

この調査書は、院内感染（患者から実習生へ、あるいは実習生から患者へ）を予防することを目的としており、当該目的以外には使用しません。調査書の提出については、次のことにご留意ください。

1. 調査書は、研修申請書と一緒に医学部付属病院 N S T 事務室までご返送下さい。
2. 血液検査による抗体陽性の確認をし、抗体が陰性もしくは疑陽性であれば、ワクチン接種を実施し、接種日を記載してください。
3. 以上の手続きが終了していない場合、実習などは許可できません。
4. ワクチン接種が出来ない場合、研修は受けられません。

様式Ⅳ

抗体保有状況調査書

氏 名 _____

	抗体検査結果	ワクチン接種
水痘	☐ 陽性 ☐ 疑陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 検査方法：E I A ・ 他 () 結果：()	接種日 年 月 日
麻疹	☐ 陽性 ☐ 疑陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 検査方法：E I A ・ H I ・ 他 () 結果：()	接種日 年 月 日
風疹	☐ 陽性 ☐ 疑陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 検査方法：E I A ・ H I ・ 他 () 結果：()	接種日 年 月 日
流行性耳 下腺炎	☐ 陽性 ☐ 疑陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 検査方法：E I A ・ H I ・ 他 () 結果：()	接種日 年 月 日

※ 抗体陰性及び疑陽性または不明者はワクチン接種のこと。

※ 検査方法、結果は分かる範囲で記入（結果は数値を記入）。

上記、間違いのない事を証明します。

平成 年 月 日

施設・学校名 _____

施設・学校責任者 _____ 印