

健康状況申告書

当センターでは、院内感染の予防の観点から、小児・妊婦に影響の大きい感染症に関して予防対策をお願いしています。

○胸部X線検査実施状況

胸部X線検査を1年以内(又は年度内)に実施している事が必要です。下記に記入するか、もしくはX線写真の提出をお願い致します。

☐胸部X線検査 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐検査結果 ☐正常

☐異常あり(_____)

○抗体価検査・ワクチン接種証明書

1. B型肝炎ウィルスの抗体価・ワクチン歴

	最近の抗体検査日と判定	ワクチン接種歴
HBs 抗体	(_____ 年 _____ 月 _____ 日)	有 ・ 無

2. ウィルス疾患抗体価

検査は全ての疾患において EIA 法(IgG 抗体)にて抗体価確認をお願い致します

ウイルス性疾患	麻疹	風疹	水痘	流行性耳腺炎
既往歴	有 無	有 無	有 無	有 無
過去のワクチン接種歴	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回
抗体検査値 EIA-IgG				
抗体検査 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
成育医療研究センター で抗体価陽性値と認める値	EIA-IgG 16.0 以上	EIA-IgG 8.0 以上	EIA-IgG 4.0 以上	EIA-IgG 4.0 以上

* 陰性の方はワクチン接種後、接種証明書(コピー可)も本調査票と一緒に提出して下さい。

陰性者のワクチン接種は2回を原則としています。1回目の接種証明として母子手帳のコピーも提出して下さい。母子手帳紛失および接種歴不明な方は実習までに2回のワクチン接種をお願い致します。

** 検査結果データは、必ず検査結果票を添付して下さい(10年以内のものであれば可)。

上記のとおり報告いたします。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(記載者名捺印) _____ 印