

ウイルス抗体価・ワクチン接種等に関する感染症証明書の提出について

本院では感染対策の一環として、感染症抗体検査結果等の提出をお願いしています。また基準を満たさない場合はワクチン接種を推奨しています。実習される皆様を種々の感染症から守るだけでなく、患者様への感染源とならないようにするためにご協力をお願い致します。

なお、個人情報とは本学保健管理室および病院感染対策室が共有し、原則として第三者に開示いたしません。ただし、院内感染において緊急を要する場合、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。

感染症証明書(実習生)(別紙)作成についての注意事項

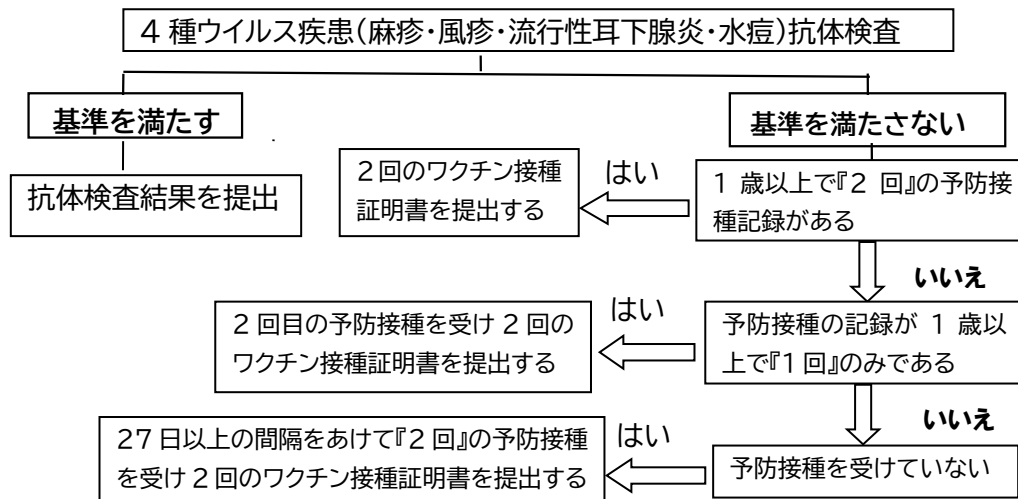
【麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について】

①抗体検査結果を記入して下さい。本院では以下の検査方法をお願いしております。また以下の表に基づき判定をして下さい。

感染症名	推奨 検査方法	基準を満たす
麻疹	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):16.0 以上
風疹	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):8.0 以上
流行性耳下腺炎	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):4.0 以上
水痘	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):4.0 以上

(参照:日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版」)

②基準を満たしていない場合はワクチン接種を推奨しています。その際、以下のフローチャートを参考にして下さい。



③母子手帳や医療機関の接種記録の添付は必要ありません。医師が母子手帳や医療機関の接種記録を確認の上、感染症証明書(実習生)に記載し、署名と印をお願いいたします。

※場合により母子手帳や接種記録の写しの提出を求められることもあります。

④疾患のワクチンは、全て生ワクチンですので、妊娠中や免疫機能に異常がある場合、あるいはアレルギーなど、健康状態悪化が危惧される場合は、接種できませんのでご注意ください。

また、その旨を記載して下さい。

⑤実習期間中に感染症が発生した場合、免疫不十分の方の実習を制限する可能性があります。

【結核】

実習開始前1年以内の胸部レントゲンで異常がないことを確認して下さい。

【インフルエンザ】

冬期(12月~3月)に実習が行われる場合は、インフルエンザワクチンの接種を推奨します。

【問い合わせ】

大阪医科薬科大学 保健管理室 072-684-6550(直通)

2022年10月18日

感染症証明書（実習生）

氏名		生年月日	年	月	日
学校名・所属		年齢	歳	男・女	
本学での実習部署					

【抗体検査結果】5年以内の抗体検査結果を記入して下さい(必須)

感染症名	抗体検査結果(5年以内)				判定基準
麻疹	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :16.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			
風疹	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :8.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			
流行性耳下腺炎	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :4.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			
水痘	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :4.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			

【ワクチン接種歴】出生以降の接種歴を記載して下さい。

感染症名	1	2	3	4	5
麻疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
風疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
水痘	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

上記のワクチン接種により健康状態(アレルギー等)悪化が危惧され、接種できない。

※母子手帳などで、記録をご確認の上記載してください。

【結核】胸部レントゲンは必須事項です。

	検査日	検査結果
胸部レントゲン(1年以内)	年 月 日	異常有 ・ 異常無

【インフルエンザ】冬期(12月～3月)に実習が行われる場合のみ記入して下さい。

	接種日
インフルエンザワクチン	年 月 日

上記のとおり相違なく、貴学での実習には問題ないと判断します。

年 月 日 医師(学校医)名 印

機 関 名 _____

感染対策室	保健管理室