別紙様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**健康調査票**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【表面】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （男・女） | | 生年月日 | ・　　　　・ |  |
| 研修等期間 | ・　　　　　・　　　　～　　　　　　　・　　　　・ | | | |
|  | | | | | |
|  | 検査日（西暦） | 所見等（該当するものに☑） | | | |
| 胸部エックス線 | ・　　　・  （研修等の開始前1年以内） | □所見なし（健康診断結果等（写）を添付） | | | |
| □所見あり（健康診断結果等（写）及び研修等の参加について医師の意見を付した診断書を添付） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾　患 | **A**該当する項目すべてに ☑ を入れ、母子手帳（写）や検査結果等の根拠資料を添付すること。 | | | | | | | | | | | | **B**　Aに該当しない検査方法を明記した結果のコピーを添付） |
| 麻　疹 | □ワクチン2回接種済 | | 接種日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | □抗体価検査結果 |
| □抗体陽性（基準を満たす） | | | | | | | 検査日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | |
| □抗体陽性（基準を満たさない）と判定後、  ワクチン1回接種済 | | | | 検査日 | 西暦  　　 .　　　. | | | | 接種日 | 西暦  　 　.　　　. | |
| □ウイルス学的な罹患証明 | | | | | | | | | | | |
| 風　疹 | □ワクチン2回接種済 | | 接種日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | □抗体価検査結果 |
| □抗体陽性（基準を満たす） | | | | | | | 検査日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | |
| □抗体陽性（基準を満たさない）と判定後、  ワクチン1回接種済 | | | | 検査日 | 西暦  　　 .　　　. | | | | 接種日 | 西暦  　 　.　　　. | |
| □ウイルス学的な罹患証明 | | | | | | | | | | | |
| 水　痘 | □ワクチン2回接種済 | | 接種日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | □抗体価検査結果 |
| □抗体陽性（基準を満たす） | | | | | | | 検査日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | |
| □抗体陽性（基準を満たさない）と判定後、  ワクチン1回接種済 | | | | 検査日 | 西暦  　　 .　　　. | | | | 接種日 | 西暦  　 　.　　　. | |
| □ウイルス学的な罹患証明 | | | | | | | | | | | |
| 流行性耳下腺炎  (ムンプス) | □ワクチン２回接種済 | | 接種日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | | □抗体価検査結果 |
| □抗体陽性（基準を満たす） | | | | | | | 検査日 | | 西暦  　　　　.　　　　　. | | |
| □抗体陽性（基準を満たさない）と判定後、  ワクチン1回接種済 | | | | 検査日 | 西暦  　　 .　　　. | | | | 接種日 | 西暦  　 　.　　　. | |
| □ウイルス学的な罹患証明 | | | | | | | | | | | |
| B型肝炎 | □抗HBs抗体価 ≥10mIU/ml | | | | | | | | | 検査日 | 西暦  　.　　　. | | □抗体価検査結果 |
| □ワクチン３回接種済 | 接種日 | | 西暦  　 .　　　　. | | | | 西暦  　　.　　　　. | | | 西暦  .　　　. | | **B**にチェックがある場合 | |
| インフルエンザ | □ワクチン接種済（接種したことを証明する書類を添付）  ※研修等の開始が11月から3月の場合のみ | | | | | | 接種日 | | 西暦  　　.　　　　.  （研修等実施開始年度中） | | | **ワクチン未接種理由書**  **（別紙様式3）を提出** | | | |

上記のとおり相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

所属機関等の名称

代表者名

個人での申請の場合

氏　　名

　【裏面】

参考：４種ウイルス感染症（麻疹，風疹，水痘，流行性耳下腺炎）・Ｂ型肝炎陽性基準

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾患 | 検査方法 | 基準 | |
| 陽性（基準を満たす） | 陽性（基準を満たさない） |
| 麻疹 | EIA法（IgG）〔推奨〕 | 16.0以上 | 2.0～15.9 |
| PA法 | 256倍以上 | 16倍、32倍、  64倍、128倍 |
| 中和法 | 8倍以上 | 4倍 |
| 風疹 | EIA法（IgG）〔推奨〕 | 8.0以上 | 2.0～7.9 |
| HI法 | 32倍以上 | 8倍、16倍 |
| 水痘 | EIA法（IgG）〔推奨〕 | 4.0以上 | 2.0～3.9 |
| IAHA法 | 4倍以上 | 2倍 |
| 中和法 | 4倍以上 | 2倍 |
| 抗原皮内試験 | 陽性（5mm以上） |  |
| 流行性耳下腺炎（ムンプス） | EIA法（IgG）〔推奨〕 | 4.0以上 | 2.0～3.9 |
| B型肝炎 | 抗HBs抗体 | 10mIU/ml以上 |  |
| 備考  参考： 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 | | |  |

※以下は金沢大学附属病院記入欄（総務課→受入診療科等→総務課）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入期間 | |  |  | | --- | --- | | 診療科(部)長  確認日 |  |   受入診療科等確認欄 |
| ・　　　・　　　～　　　・　　　・ | □受入可  □条件付き受入可※詳細を記入 |