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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |