

提出書類②

ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書【インターンシップ用】  
東鷲宮病院 病院長 様

フリガナ	
氏 名	
生年月日（西暦）	年 月 日
所属 （施設・学校名）	
研修期間（西暦）	参加日に○ 1日目【8月20日(木)】 2日目【8月20日(木)】
研 修 部 署	看護部（インターンシップ）

1）4種抗体（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）【必須】

「研修・実習生受け入れに係る事前感染症対策について」の基準に従い、下表の該当欄に○を付ける、または記入をしてください。

証明書類は、母子手帳の当該ページ、医療機関の発行した証明書等をコピーして添付して下さい。

検体検査の結果は、検査日・測定法・測定抗体価の結果のコピーを添付して下さい。

項目	チェック欄	← チェック欄の各感染症いずれかに○をつけ、該当する箇所に記入する。 * 日付の記入は西暦で行う。				ワクチン 接種日 1 回目	ワクチン 接種日 2 回目
麻疹		1 歳以上で 2 回接種の記録がある（接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		1 歳以上で 1 回接種の記録がある（1 回接種し、以前と今回の接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない（2 回接種し、接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
	記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果（値）	判定：○をつけ、陰性は 2 回、低抗体価は 1 回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日	年 月 日
風疹		1 歳以上で 2 回接種の記録がある（接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		1 歳以上で 1 回接種の記録がある（1 回接種し、以前と今回の接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない（2 回接種し、接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
	記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果（値）	判定：○をつけ、陰性は 2 回、低抗体価は 1 回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日	年 月 日
水痘		1 歳以上で 2 回接種の記録がある（接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		1 歳以上で 1 回接種の記録がある（1 回接種し、以前と今回の接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない（2 回接種し、接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
	記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果（値）	判定：○をつけ、陰性は 2 回、低抗体価は 1 回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日	年 月 日
流行性耳下腺炎		1 歳以上で 2 回接種の記録がある（接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		1 歳以上で 1 回接種の記録がある（1 回接種し、以前と今回の接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
		記録がなく、罹患がない（2 回接種し、接種日を記入）				年 月 日	年 月 日
	記録がなく 罹患がある	抗体検査日 年 月 日	検査法	結果（値）	判定：○をつけ、陰性は 2 回、低抗体価は 1 回接種し接種日を記入 陰性 低抗体価 陽性	年 月 日	年 月 日