

各位

聖路加国際病院
教育研修部
QI センター 感染管理室

感染症に対する免疫の確認について

当院では、①3 日以上の研修・実習をされる方②小児、新生児、産婦人科領域の患者との濃厚接触を行う方（日数は問わない）を対象に、下記 2 点についてご提出をお願いしております。

患者さんと皆様を感染から守るため、ご理解とご協力のほどお願い申し上げます。

記

1. 流行性ウイルス感染症(麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎)に対する免疫の確認

「免疫記録用紙 1. 麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に対する免疫の記録」のフローチャートに従って、必要事項をご記入ください。尚、抗体検査を実施した場合は、検査結果を添付の上ご提出ください。

※上記の必要事項を満たす検査結果報告書であれば、当院指定書式以外でも構いません。

2. 結核感染の有無の確認

「免疫記録用紙 2. 結核感染の有無に関する記録」に必要事項をご記入ください。

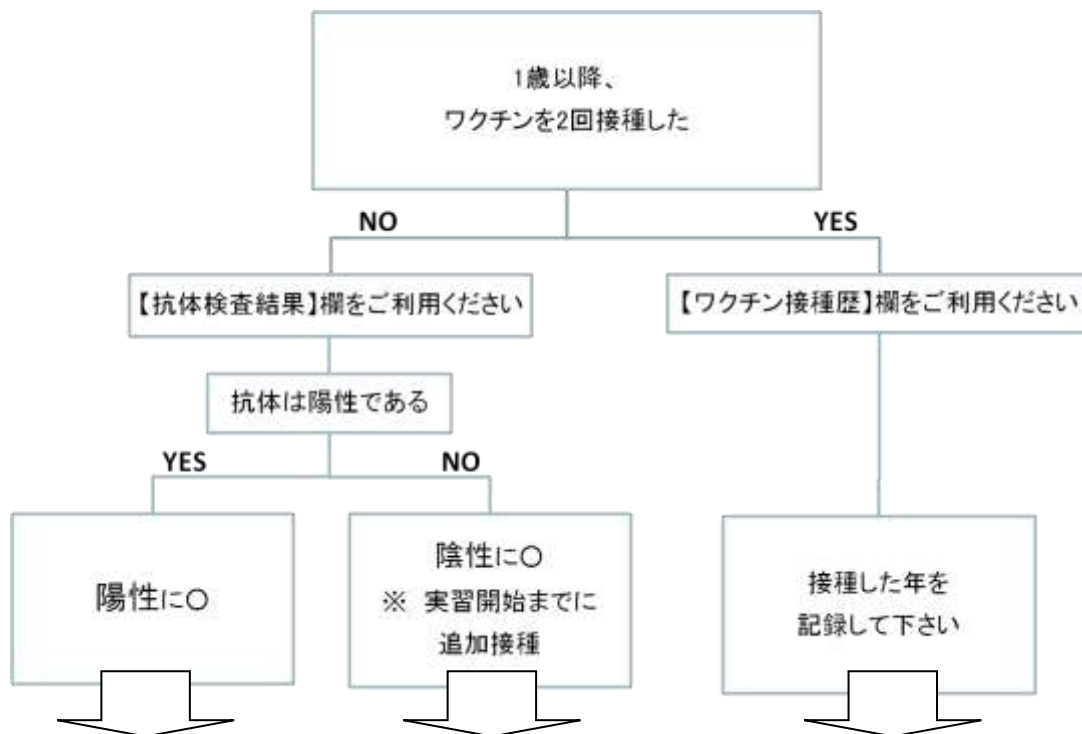
※上記の必要事項を満たす検査結果報告書であれば、当院指定書式以外でも構いません。

以上

免疫記録用紙

1. 麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に対する免疫の記録

下記フローチャートに従って、抗体検査結果かワクチン接種歴をご記入ください。



	抗体検査結果		ワクチン接種歴
麻 疹	陽性	陰性	・2回接種済 (1回目 接種年 _____ 年) (2回目 接種年 _____ 年)
風 疹	陽性	陰性	・2回接種済 (1回目 接種年 _____ 年) (2回目 接種年 _____ 年)
水 痘	陽性	陰性	・2回接種済 (1回目 接種年 _____ 年) (2回目 接種年 _____ 年)
流行性耳下腺炎	陽性	陰性	・2回接種済 (1回目 接種年 _____ 年) (2回目 接種年 _____ 年)

2. 結核感染の有無に関する記録

過去1年以内の検査結果をご記入ください。

いずれかを選択し、 <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。	該当する結果に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。
<input type="checkbox"/> ツベルクリン反応	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
<input type="checkbox"/> インターフェロン- γ 遊離試験	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性
<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり

注1: ツベルクリン反応が陽性の方およびインターフェロン- γ 遊離試験が陽性または判定保留の方は、胸部レントゲン検査結果もご記入ください。

注2: 胸部レントゲン検査結果に異常を認めた方は、詳細についてご記載ください。

()

上記内容に相違ありません。

研修/実習部署：

研修/実習開始日： 年 月 日

記載日： 年 月 日

署名 _____

教育研修部	感染管理

2023年6月改訂