

各位

学校法人 聖路加国際大学

教育センター

### 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。

※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。

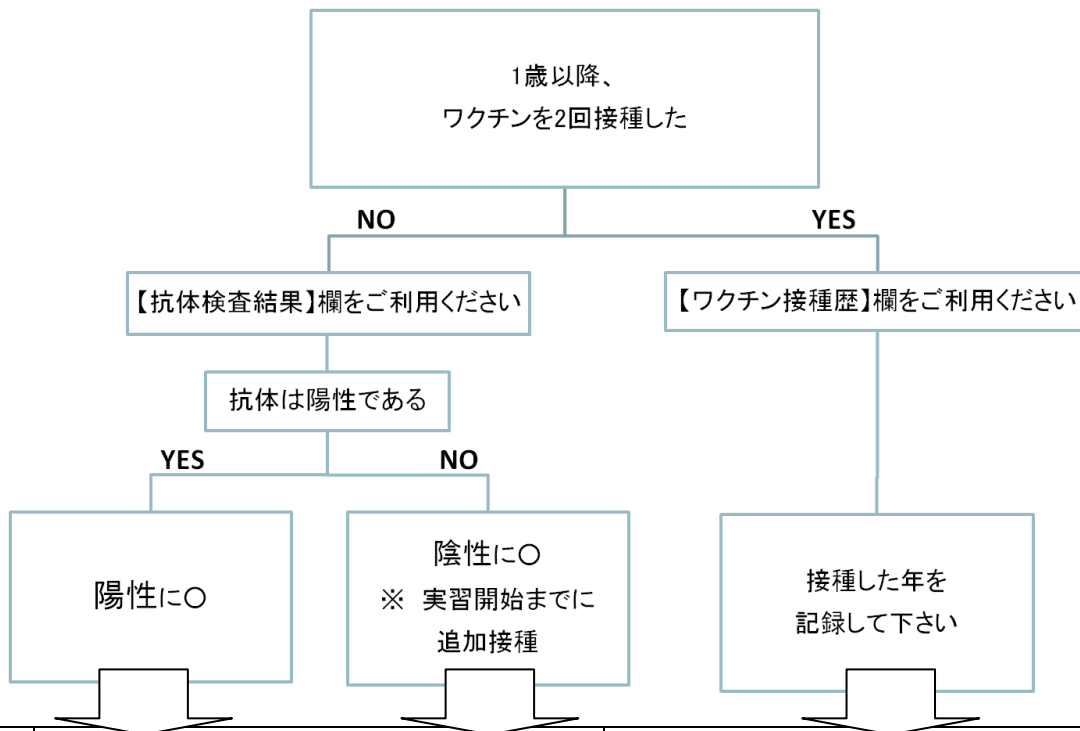
※上記の必要事項を満たす検査結果報告書であれば、当院指定書式以外でも構いません。

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
	陽性	陰性	
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- $\gamma$ 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- $\gamma$ 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 \_\_\_\_\_

教育センター	感染管理