

受験番号	氏名 (ふりがな)	生年月日	職種 *該当する職種を○で囲んでください
	()	(西暦) 年 月 日	医師・看護師・医療技術・事務

表A 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘に関する状況

		麻疹	風疹	流行性耳下腺炎	水痘
ワクチン接種日	第1回	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
	第2回	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
抗体価	検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
	測定値				
	検査方法	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> その他 ()
	検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準満たす)	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準満たす)	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準満たす)	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準満たす)
	*別紙フローチャート参照	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準未満) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準未満) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準未満) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準未満) <input type="checkbox"/> 陰性

表B B型肝炎に関する状況 *事務員は不要です

測定日	西暦 年 月 日	
(抗体価)測定値	(+) (-) ではなく数値記入	3回接種で1シリーズとなります
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 (10mIU/ml以上)	1シリーズ目 () 2シリーズ目 ()
	<input type="checkbox"/> 陰性	

ワクチン接種日	1回目	西暦 年 月 日
	2回目	西暦 年 月 日
	3回目	西暦 年 月 日

陰性の場合、右記を記入

【お読みください】

安全に勤務するために、ワクチンで発症を防止できる感染症に関して、免疫獲得をすることが重要です。
入職時まで、各自で対応をしていただきますようお願いいたします。

● 生ワクチン(麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘)と不活化ワクチン(B型肝炎ワクチン)接種について

- ・生ワクチン後に、不活化ワクチン接種 → 間隔制限なし
- ・不活化ワクチン後に、生ワクチン接種 → 間隔制限なし
- ・生ワクチン後に、生ワクチン接種 → 27日以上の間隔が必要

● 複数のワクチンを同時接種することも可能です。

2020年10月～
 接種間隔のルール変更がありました。
 入職までに免疫獲得完了して、安全な状態で勤務を開始しましょう。



★各感染症抗体価の結果とワクチン接種したことがわかる書類を添付してください