

加古川中央市民病院

院長 様

フリガナ		生年月日	年	月	日		
氏名		<input type="checkbox"/> 実習生	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
所属(施設・学校名/学部)		受入部署					
実習期間(西暦)	年	月	日	～	年	月	日

当院の受入基準を満たしているか必ず確認してください。

「実習生受入申請手続きの手引き」を確認し、記入漏れがないようにしてください。

※抗体検査結果のコピーおよび、ワクチン接種記録(母子手帳・接種証明書等)を添付してください。(必須)

1) 4種抗体(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎) ※ワクチン接種回数については、別紙基準表を参照下さい

項目	ワクチン接種日 (西暦で記入)		罹患歴 有無	検査日 (西暦で記入)	検査方法 (どちらかに○)	測定値	判定基準	基準を満たすか (どちらかに○)	
	1回目	2回目						満たす	満たさない
麻疹	1回目		有 無		EIA法(IgG)		≥16.0	満たす	満たさない
	2回目				PA法		≥256倍	満たす	満たさない
風疹	1回目		有 無		EIA法(IgG)		≥8.0	満たす	満たさない
	2回目				HI法		≥32倍	満たす	満たさない
水痘	1回目		有 無		EIA法(IgG)		≥4.0	満たす	満たさない
	2回目				IAHA法		≥4倍	満たす	満たさない
流行性 耳下腺炎	1回目		有 無		EIA法(IgG)		≥4.0	満たす	満たさない
	2回目								

2) B型肝炎

検査日(西暦)	測定値	判定基準	基準を満たすか (どちらかに○)	
	mIU/mL	≥10.0mIU/mL	満たす	満たさない
ワクチン接種日 (西暦)	1回目	2回目	3回目	

3) インフルエンザ予防接種(実習期間が12月～3月となる場合)

ワクチン接種日(西暦)	
-------------	--

4) 流行性ウイルス疾患の流行時の対応に関して

実習期間中(若しくは実習前)免疫を持たない場合、流行性ウイルス疾患の発生報告時に実習を中断することを承諾致します。

氏名: \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

上記のとおり申告した内容に相違ないことを証明する。

医療機関又は情報管理施設

年 月 日

名:

医師又は情報管理担当者名:

印