

群馬大学医学部附属病院では院内感染対策のため、病棟への出入りや患者との接点がある者については下記の項目を満たし提出してください。

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

身分 (いずれかに○) 医師・歯科医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床検査技師・
診療放射線技師・救急救命士・薬剤師・大学生・その他 (_____)

研修担当部署 _____ 研修期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

麻疹 (はしか)

第一回ワクチン接種日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	第二回ワクチン接種日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
------------	-------------------------	------------	-------------------------

または 罹患日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (罹患歴証明のためには抗体陽性を示す書類を添付のこと)

風疹 (三日ばしか)

第一回ワクチン接種日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	第二回ワクチン接種日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
------------	-------------------------	------------	-------------------------

または 罹患日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (罹患歴証明のためには抗体陽性を示す書類を添付のこと)

ムンプス (流行性耳下腺炎：おたふくかぜ)

抗体価 (EIA 法が望ましい) 測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	値 _____ (測定法 _____)
EIA 法で 4 未満の場合、またはそれに該当する場合、研修前にワクチン接種を行うこと	ワクチン接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

水痘 (みずぼうそう)

抗体価 (EIA 法が望ましい) 測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	値 _____ (測定法 _____)
EIA 法で 4 未満の場合、またはそれに該当する場合、研修前にワクチン接種を行うこと	ワクチン接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

B 型肝炎

抗体価 (CLIA 法が望ましい)	値 _____ (陽性・陰性)
-------------------	-----------------

クウォンティフェロンまたは TSPOT

測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (半年以内であること)	陽性・判定保留・陰性	陰性でない場合は胸部 X 線で結核を疑う所見がないことの証明書を提出
--	------------	------------------------------------

※麻疹、風疹について罹患歴があるために予防接種を二回行っていない場合や、事情により生ワクチン接種が不可能な方はお問い合わせください。

群馬大学医学部附属病院 感染制御部 027-220-8605