**感染症免疫獲得状況調査票**

※表Ａ～Ｄは必ずフローチャートを確認して記入してください。

所属　　　　　　　　　　　職員番号　　　　　　　　　氏名

過去にセンター病院もしくは附属病院に在籍していた方は、下記項目の記入をお願いいたします。

旧職員番号　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓※

□職員番号不明の場合は、☑をお願いします。　　　　※氏名変更があった方のみ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表Ａ | 検査記録 | |
| 検査記録有 | 検査日 | 抗体価（HBs抗体） |
| 年　 月　 日 | mIU/mL |

【Ｂ型肝炎について】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表Ｂ | ワクチン接種日 | | |
| １シリーズ | １回目　　 年　 月　 日 | ２回目 　　年　 月　 日 | ３回目　　 年　 月　 日 |
| ２シリーズ | １回目　　 年　 月　 日 | ２回目　 　年　 月　 日 | ３回目　 　 年　 月　 日 |

【注】医療機関等の測定結果証明・母子手帳等の接種済証明(氏名、該当感染症名、測定日、測定方法、抗体価測定値、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)を見ながら記入してください。記入に利用した接種済証等についてはＡ４判の紙にコピーし、本票に添付してご提出ください。

【４種感染症(ムンプス・麻疹・風疹・水痘)について】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表Ｃ | | ムンプス | 麻疹 | 風疹 | 水痘 |
| ワクチン  接種日 | １回目 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |
| ２回目 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |

【注】３回以上ワクチンを接種している場合は、直近の２回分をご記載ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表Ｄ | | ムンプス | 麻疹 | 風疹 | 水痘 |
| 検査記録有 | 当院基準 | EIA　４以上 | EIA　１６以上 | EIA　８以上 | EIA　４以上 |
| 検査日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |
| 抗体価 |  |  |  |  |
| 検査法 | □EIA法 | □EIA法 | □EIA法 □HI法 | □EIA法 |

【注】医療機関等の測定結果証明・母子手帳等の接種済証明(氏名、該当感染症名、測定日、測定方法、抗体価測定値、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)を見ながら記入ください。記入に利用した測定結果証明等についてはＡ４判の紙にコピーし、本票に添付してご提出ください。

【コロナウイルスワクチンについて】

直近のワクチン接種日をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表Ｅ | 最終接種日 | 年　 月　 日 |
| * 接種歴なし | |

【注】接種記録証明等についてはＡ４判の紙にコピーし、本票に添付してご提出ください。

記入内容を確認できる書類のコピーを必ず添付してください！

(添付が無い場合は無効です。)