

山口大学医学部附属病院で実習される皆様へ

病院内では種々の感染症患者や易感染者と接する機会が多く、実習生の皆様が患者さんに感染症をうつしたり、反対に患者さんからうつされたりする危険があります。感染症としては、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザなどの流行性ウイルス疾患が、感染力も強く重要です。

以上の理由により、当院では感染対策の一環として、職員の流行性ウイルスに対する免疫状態の把握とワクチン接種の推進に努めております。当院で実習をされる方々にも、実習開始前に下記1および2の検査結果の提出をお願いしています。また、抗体検査で陽性と判定されない場合は、免疫獲得のため、ワクチン接種を受けられますようお願い致します。

1. 以下の流行性ウイルス抗体価検査（IgG）を行う。EIA法で検査してください。

- 1) 麻疹
- 2) 水痘
- 3) 風疹
- 4) ムンプス

2. 6か月以内の胸部レントゲン写真で異常がないことを医療機関で証明を受けてください。

山口大学医学部附属病院実習者抗体保有状況調査書

氏名：_____

1. 流行性ウイルス抗体価検査結果

	抗体検査結果	抗体検査後のワクチン接種
水痘	検査方法：E I A ・ その他（ ） 結果：	接種日 年 月 日
風疹	検査方法：E I A ・ その他（ ） 結果：	接種日 年 月 日
麻疹	検査方法：E I A ・ その他（ ） 結果：	接種日 年 月 日
ムンプス	検査方法：E I A ・ その他（ ） 結果：	接種日 年 月 日

* 結果は数値を記入してください。

* 抗体陰性及び擬陽性者は、ワクチンを接種すること。

2. 胸部レントゲン写真異常の有無 < 有 ・ 無 >

異常所見：* 異常を認めた場合に記載してください。

上記、間違いないことを証明致します。

令和 年 月 日

施設・学校名 _____

施設・学校責任者 _____