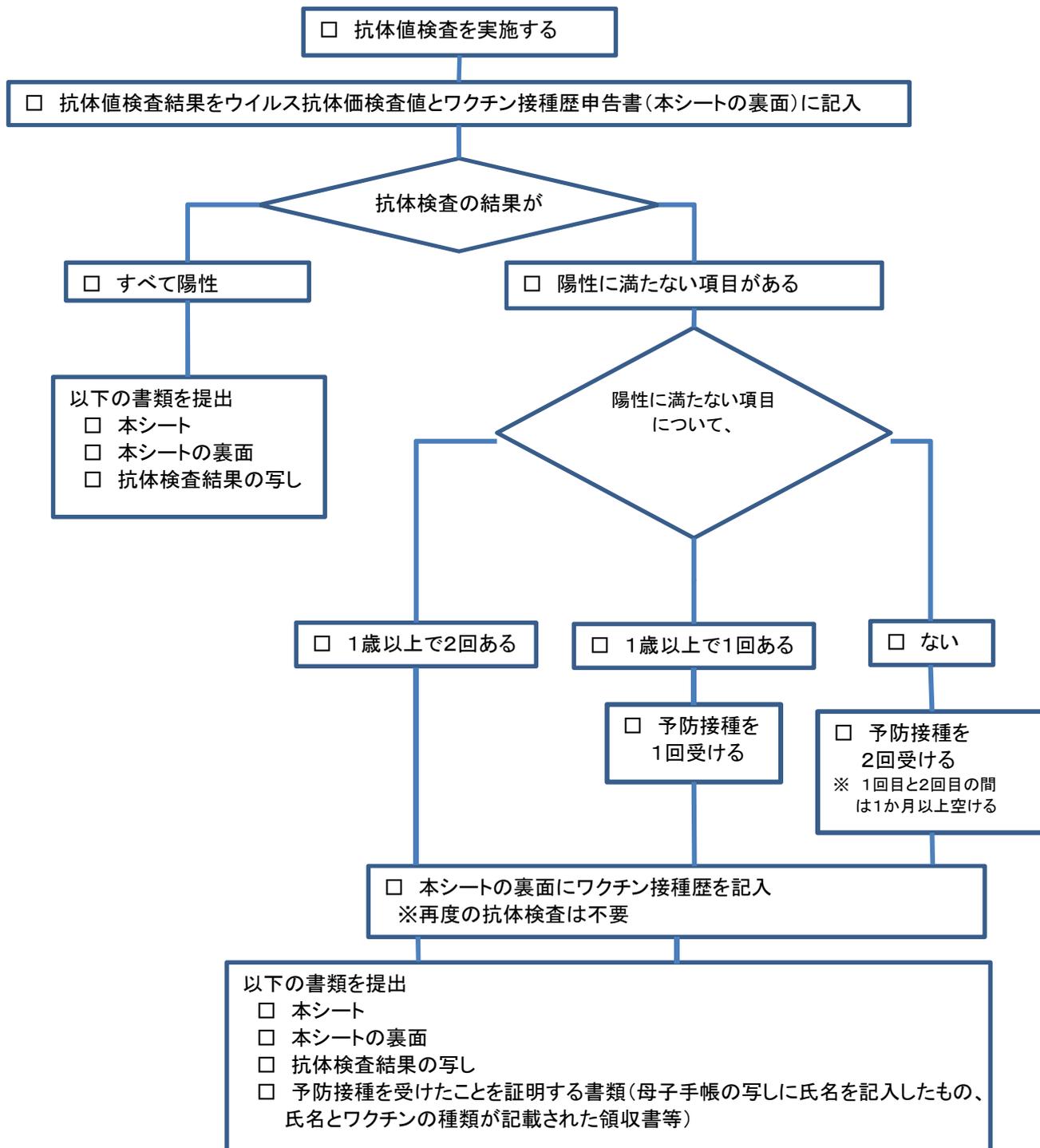


流行性ウイルス疾患の感染症検査結果フローシート

職種	医師	職員番号		この申告書の記載年月日	年 月 日
ふりがな 氏名	Ⓜ 男・女		生年月日	昭和 平成	年 月 日

以下のフローに沿って実施し、にチェックを入れて確認してください。
抗体値が陽性に満たない場合、就職までに接種をお願いします。



※ 抗体値検査を行ったことがある場合、その検査結果に基づいてフローシートに記入してください。

ウイルス抗体価検査値及びワクチン接種歴申告書

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
------------	-----	------	----------	---	---	---

項目	検査日	検査法	基準値	検査値	判定	ワクチン接種時期
麻疹		EIA法	16.0以上		陽性 ・ 陰性	
風疹		HI法	32倍以上		陽性 ・ 陰性	
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)		EIA法	4.0以上		陽性 ・ 陰性	
水痘		EIA法	4.0以上		陽性 ・ 陰性	

- ※ 記載されている基準値は、「院内感染対策としてのワクチンガイドライン(2014)」日本感染環境学会に基づくものです。
 ※ 記載されている検査法で検査した場合、そこを○で囲んでください。それ以外の方法で検査した場合、検査法及び基準値の欄に記入してください。この場合、基準値は、上記ガイドラインに基づく値を記入してください。
 ※ 「ワクチン接種時期」の欄は、判定が陰性の場合のみ記入してください。

項目	検査日	検査法	基準値	検査値	判定	過去に陽性だったことがある場合、その検査日
HBs抗体		CLIA ・ CLEIA			陽性 ・ 陰性	

- ※HBs抗体の検査法及び判定は、該当するものを○で囲んでください。
 HBs抗体が陰性であり、かつ、以前にその予防接種を受けたことがある方は、以下に記入してください。

接種時期(1回目)	接種時期(2回目)	接種時期(3回目)	ワクチン製造会社の名称 又は製品名