

他大学あるいは他施設よりの見学・実習等受入れにかかわる証明書(依頼)

以下の者に係る証明をお願いいたします。

| | | | | |
|--------|--|----|--------------------|--------|
| 受入診療科等 | | 氏名 | 生年月日 | 性別 男・女 |
| 受入身分 | | | 西暦 年 月 日生(昭和・平成 年) | |

当院では感染対策のため4種のウイルス《麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス)》とB型肝炎に関する免疫能があること、および、活動性結核を有しないことを確認した証明書の提出を求めています。

4種のウイルスに関しては、今までに2回以上ワクチンを接種しているか、18歳以降に抗体検査などを行っており、基準(別紙:ウイルス4疾患の検査方法と判断基準の目安)を満たしていることが必要です。ワクチンを2回接種していたらその後の抗体価検査は不要です。

B型肝炎に関しては、抗HBs抗体価が10mIU/ml以上であること、またはB型肝炎ワクチンを3回以上接種していることを確認して、証明してください。

※ 当院卒研センターで確認して証明することも可能です。その際は、親子手帳のワクチン接種記録、抗体検査結果記録、健康診断の当該記録などを印刷あるいは撮影していただいて、それらを卒研センターにお送り下さい。

ワクチン接種歴など感染対策関係記録の証明書

(見学・実習等受入れ用)

4種ウイルス

各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択して下さい。ワクチン接種の確認は親子手帳や接種した医療機関の証明書をご確認の上、記載をお願いします。該当する結果に○をして下さい。既往歴を記載する必要はありません。

| (1) ワクチン接種2回 | | (2) 抗体検査と結果に応じたワクチン接種 | | | | |
|--------------|-------------|-----------------------|------|-----|---------|-------------|
| 項目 | ワクチン接種日(西暦) | 検査日(西暦) | 検査方法 | 測定値 | 結果 | ワクチン接種日(西暦) |
| 麻疹 | ① 年 月 日 | 年 月 日 | | | 陽性(満たす) | ① 年 月 日 |
| | ② 年 月 日 | | | | | 陽性(基準以下)・陰性 |
| 風疹 | ① 年 月 日 | 年 月 日 | | | 陽性(満たす) | ① 年 月 日 |
| | ② 年 月 日 | | | | | 陽性(基準以下)・陰性 |
| 水痘 | ① 年 月 日 | 年 月 日 | | | 陽性(満たす) | ① 年 月 日 |
| | ② 年 月 日 | | | | | 陽性(基準以下)・陰性 |
| ムンプス | ① 年 月 日 | 年 月 日 | | | 陽性(満たす) | ① 年 月 日 |
| | ② 年 月 日 | | | | | 陽性(基準以下)・陰性 |

B型肝炎

HBs抗体 陽性基準 10mIU/ml以上。実際の値の記載と該当する結果に○をしてください。

B型肝炎ワクチンシリーズ(全3回接種)を完了した時期を以下に記載すること。

| | |
|------|---------------------------|
| B型肝炎 | HBs抗体 検査日 年 月 日 測定値 陽性・陰性 |
| | 3回目のワクチン接種時期: 年 月 |

結核関連

IGRA検査(クオンティフェロン or T-SPOT)や胸部X線検査を行い、検査方法、結果等を様式に従い記載ください。

| | | | | |
|------|---------|---------------------|--------|------------|
| IGRA | 検査日(西暦) | 検査方法 | 測定値 | 結果 |
| | 年 月 日 | クオンティフェロン T-SPOT | | 陽性・陰性・判定保留 |
| 胸部X線 | 撮影日(西暦) | 診断日 | 結果(所見) | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | | |

※注意

- ・B型肝炎ワクチン接種は見学者あるいは実習者自身を守るためにも必要です。
- ・IGRA検査は必須ではありません。
- ・胸部X線画像診断は、見学あるいは実習の12か月以内の診断結果を記すこと。

上記の結果のとおり相違ないことを証明する。

西暦 年 月 日
医療機関名
及び住所

医師氏名

印