

ご所属名： _____

見学者名： _____

健康状況申告書

島田療育センターはちおうじ感染対策委員会

○胸部X線検査

胸部X線検査を1年以内に実施していることが必要です。健診結果の提出をお願い致します。

胸部X線検査 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査結果 正常

異常あり(_____)

○抗体価検査・ワクチン接種証明書

検査結果のコピーを添付して下さい(10年以内のものであれば可)。

1. B型肝炎ウィルスの抗体価・ワクチン歴

	最近の抗体検査日と判定	ワクチン接種歴
HBs 抗体	判定 (_____) _____ 年 _____ 月 _____ 日	有 ・ 無

2. ウィルス疾患抗体価

検査は全ての疾患において **EIA法(IgG抗体)**にて抗体価確認をお願い致します

ウイルス性疾患	麻疹	風疹	水痘	流行性耳腺炎
既往歴	有 無	有 無	有 無	有 無
過去のワクチン接種歴	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回
抗体検査値 EIA-IgG				
抗体検査値 年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
島田療育センターはちおうじで抗体価陽性と認める値	EIA-IgG 16.0 以上	EIA-IgG 8.0 以上	EIA-IgG 4.0 以上	EIA-IgG 4.0 以上

*陰性の方はワクチン接種後、接種証明書(コピー可)も本調査票と一緒に**提出して下さい**。

陰性者のワクチン接種は2回を原則としています。1回目の接種証明として母子手帳のコピーも提出して下さい。

母子手帳紛失および接種歴不明な方は実習までに2回のワクチン接種をお願い致します。

○便培養検査 (摂食介助をされる方のみ)

検査結果のコピーの提出をお願いします。

便培養検査 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査結果 陰性

陽性(_____)

○インフルエンザワクチン接種 (11月～3月のみ)

接種証明書を提出してください。

上記のとおり報告いたします。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(記入者名・印) _____ 印