

様式 3

健康状況申告書

所属名 _____ 氏名 _____

○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。

検査結果： ☐ 正常 ☐ 異常あり [_____] 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○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（10年以内のものであれば可）

1. B型肝炎ウイルスの抗体価・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. ウイルス性疾患 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	流行性耳下腺炎
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
最終接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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
当センター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）も本申告書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。
なお、抗体値が基準を下回っている場合でも、過去に 2 回ワクチン接種をしている場合は、追加接種は不要です。

○便培養検査（摂食介助をされる方のみ） ※検査結果のコピーを添付

検査結果： ☐ 陰性 ☐ 陽性 [_____] 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○インフルエンザワクチン接種（11～3月のみ） ※接種証明書のコピーを添付

○新型コロナウイルスワクチン接種（接種は必須ではありません）

☐ 未 ☐ 1 回 ☐ 2 回 ☐ 3 回

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

* センター確認欄 *

日付 _____

氏名 _____