

# 感染症免疫獲得状況調査票 【新規採用職員用】

地方独立行政法人大阪府立病院機構

受験番号	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	職種
*医師は記載不要	( )	男・女	(西暦) 年 月 日	*該当する職種を○で囲んでください 医師・看護師・医療技術・事務・その他

\*この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。ワクチン接種をしていただく必要はありません。

## 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(ムンプス)

▼表A ワクチン接種状況表

		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎(ムンプス)
ワクチン接種日	第1回	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
	第2回	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
		不明	不明	不明	不明

【注1】母子手帳 又は 医療機関・学校発行の接種済証等(氏名、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)を見ながら記入してください。記入に利用した接種済証等については、A4判の紙にコピーし、本票にホッチキスでとめてください。

## B型肝炎

▼表B 抗体価測定結果表(B型肝炎)

▼直近の測定結果を記入

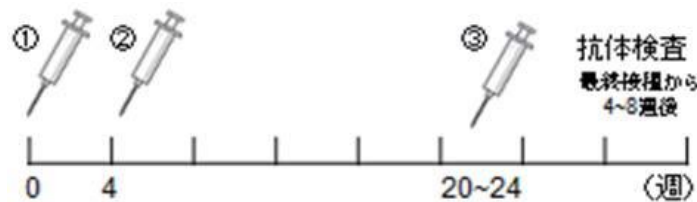
	B型肝炎
抗体価測定日	(西暦) 年 月 日
抗体価	
測定判定	<input type="checkbox"/> 陰性
	<input type="checkbox"/> 陽性 (陽性判定基準 10m IU/mL 以上)

添付書類については、【注1】のとおり

【注2】表Bの測定判定が陽性の場合、表Cは記入不要。陰性の場合のみ表Cを記入ください。

B肝ワクチンの1シリーズについて

図：ワクチン接種のスケジュール



1シリーズとは、上記の図のように0、4週間(1ヶ月)、24週(6ヶ月)の3回接種を行うことである。

▼表C ワクチン接種状況表(B型肝炎)

▼現在の接種状況について、該当1か所に○をして記入

	現在の接種状況	該当に○	○をした区分について( )内に記入ください *接種日は西暦で記入ください
1	まだワクチンを接種していない		未接種理由( )
2	ワクチン[1シリーズ]を接種中		・1シリーズ( )回目まで済 接種日( 年 月 日)
3	ワクチン[1シリーズ]を接種済		・1シリーズ 3回目接種日( 年 月 日)
4	ワクチン[2シリーズ]を接種中		・2シリーズ( )回目まで済 接種日( 年 月 日)
5	ワクチン[2シリーズ]を接種済		・2シリーズ 3回目接種日( 年 月 日)
6	不明		

<裏面も確認してください>

<裏面>

受験番号	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	職種
*医師は記載不要	( )	男・女	(西暦) 年 月 日	*該当する職種を○で囲んでください 医師・看護師・医療技術・事務・その他

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

\*新型コロナウイルス感染症にかかる免疫獲得状況調査票提出及び利用目的について

大阪府立病院機構では、職員の院内感染予防対策および健康の確保の一環として、患者と接触する可能性のある職員を対象にワクチン接種歴の管理を行っています。  
この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。  
ワクチン接種をしていただく必要はありません。

▼表D ワクチン接種状況表

▼現在の接種状況について、該当1か所に○をして記入

該当に○	現在の接種状況			
	ワクチン接種をしていない			
	ワクチンを接種済み	接種年月日		メーカー
		1回目	(西暦) 年 月 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田
		2回目	(西暦) 年 月 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田
		ブースター(3回目)	(西暦) 年 月 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田
		ブースター(4回目)	(西暦) 年 月 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田

【注3】接種済証等(新型コロナワクチン接種記録書、新型コロナウイルス感染症予防接種証明書等)を見ながら記入してください。記入に利用した接種済証等については、A4判の紙にコピーし、本票にホッチキスでとめてください。

※記入時注意

【注1】および【注3】記載の、接種済証等(氏名、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)は、A4判の紙にコピーし、本票の左上にホッチキスでとめてください。  
※裏面に受験番号・氏名を記入してください。

日付は西暦で記入してください。

感染症免疫獲得状況調査票 【新規採用職員用】

\*本票のプリントアウトは、モノクロでお願いします  
地方独立行政法人大阪府立病院機構

受験番号	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	職種
*医師は記載不要	( )	男・女	(西暦) 年 月 日	*該当する職種を○で囲んでください 医師・看護師・医療技術・事務・その他

\*この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。ワクチン接種をしていただく必要はありません。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(ムンプス)

▼表A ワクチン接種状況表

	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎(ムンプス)
第1回	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
第2回	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
接種回数	不明	不明	不明	不明