

## 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 *該当する職種を○で囲んでください
*医師は記載不要 〇〇〇〇〇	( びょういん はなこ ) 病院 花子	男(女)	(西 暦) 19XX 年 XX 月 XX 日	医 師・ <u>看護師</u> ・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が、

## 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（ムンプス）

「受験番号」「氏名」「性別」  
「生年月日(西暦)」「職種」を記入してください。

▼表A ワクチン接種状況表

ワクチン 接 種 日	麻 疹		風 疹			
	(西 暦)		(西 暦)			
	第 1 回	20XX 年 XX 月 XX 日	第 2 回	20XX 年 XX 月 XX 日	+	20XX 年 XX 月 XX 日
	第 2 回	20XX 年 XX 月 XX 日	20XX 年 XX 月 XX 日			
	不明		不明		不明	不明

各ワクチンの接種状況を記入してください。  
※接種日は西暦で記入  
接種歴が不明の場合は、  
「不明」に○をつけてください。【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、本票の裏面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) 20XX 年 XX 月 XX 日
抗 体 価	308
測定判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 (陽性判定基準 10m IU/mL 以上)

直近の測定結果を記入してください。  
※測定日は西暦で記入

ズについて

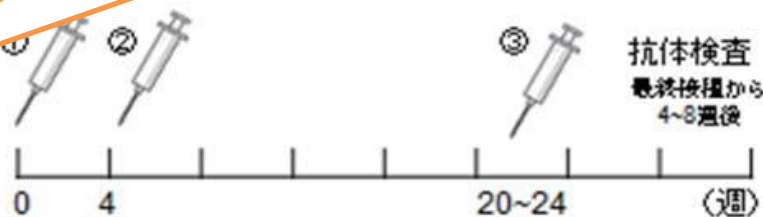


図:ワクチン接種のスケジュール

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。

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。

▼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

	R4.3.31 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		

表Bの測定結果が陰性の場合のみ、  
現在の接種状況を記入してください。

受験番号	氏 名 (ふりがな)	性 別	生年月日 (西 暦)	職 種 *該当する職種を○で囲んでください
*医師は記載不要 ○○○○○	( びょういん はなこ ) 病院 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	1999 年 4 月 20 日	医 師 ・ <input checked="" type="radio"/> 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場合、接種記録を確認できる文書（旧勤務先・学校・地域の保健センター・接種券等）のコピーの裏面に受験番号・氏名をご記入の上、ホッチキスで左側にとめてください。

「受験番号」「氏名」「性別」  
「生年月日(西暦)」「職種」を記入してください。

○ワクチン接種記録が確認できる文書（旧勤務先・学校・地域の保健センター・接種券等）のコピーの裏面に受験番号・氏名をご記入の上、ホッチキスで左側にとめてください。

## 予防接種の記録（２）

ワクチン接種記録が確認できる文書の  
コピー裏面に受験番号・氏名を記入の上、  
添付してください。

B C G			
接 種 年 月 日 Y/M/D (年齢)	メーカー／ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー／ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
麻疹 (はしか) Measles ・ 風疹 Rubella	第 1 期				
	第 2 期				

日本脳炎 Japanese Encephalitis				
時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー／ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
第 1 期 初 回	1 回			
	2 回			
第 1 期 追 加				

予 防 接 種