

# 感染症免疫獲得状況調査票 【新規採用職員用】

記入例

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 〇〇〇〇〇	(びょういんはなこ) 病院 花子	男・女	(西暦) 20XX年XX月XX日	*該当する職種を○で囲んでください 医師・ <b>看護師</b> ・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。

「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。

## 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) 20XX年XX月XX日	(西暦) 20XX年XX月XX日	(西暦) 20XX年XX月XX日	(西暦) 20XX年XX月XX日
	第2回	(西暦) 20XX年XX月XX日	(西暦) 20XX年XX月XX日	(西暦) 20XX年XX月XX日	(西暦) 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。

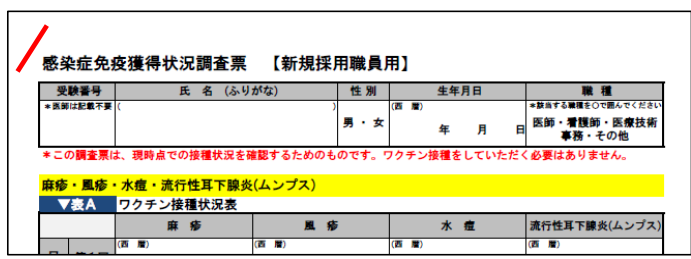
【注1】母子手帳 又は 医療機関・学校発行の接種済証等(氏名、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)を見ながら記入してください。記入に利用した接種済証等については、A4判の紙にコピーし、本票にホッチキスでとめてください。

## B型肝炎

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

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)	

【注1】記載の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、本票の左上にホッチキスでとめてください。



添付書類の例

BCG			
接種年月日(西暦)	接種者名	接種者職	備考

Hepatitis B			
接種年月日(西暦)	接種者名	接種者職	備考

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。

1	まだワクチンを接種していない	
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	