

(記入例)
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、モノクロで結構です
 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 ○○○○○	(びょういん はなこ) 病院 花子	男・女 女	(西暦) 19XX 年 XX 月 XX 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

「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

ワクチン接種日	麻 疹		風 疹	
	(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1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)

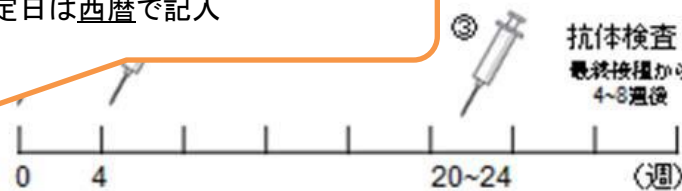
▼直近の測定結果を記入

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)

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。

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

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

	R4.3.31 現在の接種状況	該当に○	○をした日(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。

<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 〇〇〇〇〇	(びょういん はなこ) 病院 花子	男・女 女	(西暦) 19XX 年 XX 月 XX 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

「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。

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

該当する項目に○をつけてください。
接種済みの方については、接種日をご記入いただき、
接種したワクチンのメーカー名に○をつけてください。
※接種日は西暦で記入

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										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>接種年月日 (西暦)</th> <th>メーカー</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1回目 20XX 年 XX 月 XX 日</td> <td>モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田</td> </tr> <tr> <td>2回目 20XX 年 XX 月 XX 日</td> <td>モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田</td> </tr> <tr> <td>ブースター (3回目) 20XX 年 XX 月 XX 日</td> <td>モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田</td> </tr> <tr> <td>ブースター (4回目) 年 月 日</td> <td>モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田</td> </tr> </tbody> </table>	接種年月日 (西暦)	メーカー	1回目 20XX 年 XX 月 XX 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田	2回目 20XX 年 XX 月 XX 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) 20XX 年 XX 月 XX 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) 年 月 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田
接種年月日 (西暦)	メーカー										
1回目 20XX 年 XX 月 XX 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田										
2回目 20XX 年 XX 月 XX 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) 20XX 年 XX 月 XX 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) 年 月 日	モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・武田										

**【注1】・【注3】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

予防接種の記録(2)

BCG				
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	第1期			
	第2期			
風疹 Rubella				

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				

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書
Vaccination Certificate of COVID-19

姓(旧姓)(別姓)名(別名)
[Surname(Former surname)(Alternative surname) Given name(Alternative given name)]

生年月日 [Date of Birth] (YYYY-MM-DD)

国籍・地域 [Nationality/Region]

旅券番号 [Passport Number]

1回目接種 [First Dose] 2回目接種 [Second Dose]

ワクチンの種類 [Vaccine Type] ワクチンの種類 [Vaccine Type]

メーカー [Manufacturer] メーカー [Manufacturer]

製品名 [Product Name] 製品名 [Product Name]

製造番号 [Lot Number] 製造番号 [Lot Number]

接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD) 接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)

接種国 [Country of Vaccination] 接種国 [Country of Vaccination]

証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]

日本国厚生労働大臣
[Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]

証明書ID [Certificate Identifier] 証明書発行年月日 [Issue Date] (YYYY-MM-DD)