

【実習生等 感染症状況申告書】

「見学・実習・研修に参加される方へのお願い」をお読みいただき、下記にご記入の上、提出ください。

所属機関（施設） _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

実習等受入部署 _____ 実習等期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

麻疹（はしか）

第一回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日	第二回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日
検体検査結果	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査方法（ _____ ）	抗体価 _____	

風疹（三日ばしか）

第一回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日	第二回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日
検体検査結果	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査方法（ _____ ）	抗体価 _____	

ムンプス（流行性耳下腺炎：おたふくかぜ）

第一回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日	第二回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日
検体検査結果	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査方法（ _____ ）	抗体価 _____	

水痘（みずぼうそう）

第一回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日	第二回ワクチン	_____ 年 _____ 月 _____ 日
検体検査結果	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査方法（ _____ ）	抗体価 _____	

（見学・実習・研修の期間が 1 日のみの方は下記「結核」「B 型肝炎」の項目は不要です）

結核

胸部 X 線	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (実習開始日前 6 か月以内であること)	結果 _____
IGRA (QFT または T-SPOT)	測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (実習開始日前 2 年以内であること)	陽性・判定保留・陰性 陰性でない場合は胸部 X 線で結核を疑う所見がないこと

B 型肝炎

HBs 抗体価 (検査法: _____) 時期は問わないが検査歴のうち直近のもの	値 _____ (陽性・陰性)
--	-----------------

〈事実と齟齬の無いよう、注意してご記入ください〉