

【実習生等 感染症状況申告書】 Ver1.1

「見学・実習・研修を受けられる方へのお願い」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 1 年以内であること)	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:)	値 (陽性・陰性)
時期は問わないが検査歴のうち直近のもの	

〈事実と齟齬の無いよう、注意してご記入ください〉