

# 胸部X線検査及び感染症抗体検査結果並びにワクチン接種状況申告書

大阪市立大学医学部附属病院 病院長 様

貴院にて、(職種) \_\_\_\_\_ の (実習・研修名) \_\_\_\_\_ のため、胸部X線検査及び感染症抗体検査結果並びにワクチン接種状況について以下の通り報告します。

■ 実習・研修期間: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 日間)

■ 胸部X線(レントゲン)検査 ※該当する太枠に○をつける

対象職種: 全職種

胸部X線所見:  異常なし  異常あり(実習・研修に関する医師の診断書が必要) 撮影日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

■ 小児感染症抗体価検査結果およびワクチン接種状況

対象職種: 全職種

項目	抗体価検査結果 ※該当部分に○をつける			検査実施日	ワクチン接種歴 ※該当部分に○をつける			未接種の理由
	陽性(+)	判定保留	陰性(-)		1回	2回	ワクチン接種日 (直近日)	
麻疹				年 月 日			年 月 日	
風疹				年 月 日			年 月 日	
水痘				年 月 日			年 月 日	
流行性耳下腺炎				年 月 日			年 月 日	

■ B型肝炎抗体検査結果およびワクチン接種状況

対象職種: 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、治験コーディネーター

項目	抗体価検査結果 ※該当部分に○をつける			検査実施日	ワクチン接種歴 ※該当部分に○をつける				未接種の理由
	陽性(+)	判定保留	陰性(-)		コース	1回	2回	3回	
B型肝炎				年 月 日	1コース				
					2コース				
					最終接種日	年 月 日			

■ 季節性インフルエンザ・ワクチン接種状況 (実習・研修期間が、11月から3月の場合のみ記入)

対象職種: 全職種

※該当する太枠に○をつける

ワクチン接種:  接種済 (接種日: \_\_\_\_\_ 年 月 日)  未接種 (理由: \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 年 月 日

学校(施設)名: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

※ この申告書は、実施開始2週間前までに提出してください。  
※ 該当する検査結果のコピーおよび、ワクチン接種をしている場合は、ワクチン接種証明書のコピーを添付してください。  
※ 抗体検査の結果が陰性で、当該ワクチンが未接種もしくは、接種歴が実習開始時点で4週間以上経過していない場合は、実習・研修者が感染症に暴露しないようにするため、実習場所・内容等の変更が生じる場合がありますのでご了承ください。