

旭川医科大学病院 実習及び研修のための調査票

学校名 または施設名		ふりがな	
		実習・研修生氏名	

《麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎》

各疾患ごとに(1)、(2)に該当する項目に☑をいれ、必要事項を記入してください。

母子手帳、医療機関からの証明書等を確認の上記入し、そのコピー（A4、氏名を記入）を添付してください。

※ワクチン接種ができない場合は「ワクチン接種の免除申告書」を使用し、医療機関がワクチン接種不適当者であることを証明することで免除扱いとなります。

※MR（麻疹・風疹混合ワクチン）は、麻疹と風疹の欄に日付を記入してください。

麻疹	<input type="checkbox"/> (1) 1歳以上で2回のワクチン接種記録がある				接種日 ①西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 罹患歴があり（西暦 年 歳頃）、抗体検査の結果に応じた予防接種歴がある				接種日 ②西暦	年	月	日
	検査日（西暦）	検査方法	測定値	結果（○をつける）	検査後の接種日（西暦）			
	年 月 日	EIA法		強陽性 16.0以上 弱陽性 2.0以上16.0未満 陰性 2.0未満	①	年	月	日
				②	年	月	日	
風疹	<input type="checkbox"/> (1) 1歳以上で2回のワクチン接種記録がある				接種日 ①西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 罹患歴があり（西暦 年 歳頃）、抗体検査の結果に応じた予防接種歴がある				接種日 ②西暦	年	月	日
	検査日（西暦）	検査方法	測定値	結果（○をつける）	検査後の接種日（西暦）			
	年 月 日	EIA法		強陽性 8.0以上 弱陽性 2.0以上8.0未満 陰性 2.0未満	①	年	月	日
				②	年	月	日	
水痘	<input type="checkbox"/> (1) 1歳以上で2回のワクチン接種記録がある				接種日 ①西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 罹患歴があり（西暦 年 歳頃）、抗体検査の結果に応じた予防接種歴がある				接種日 ②西暦	年	月	日
	検査日（西暦）	検査方法	測定値	結果（○をつける）	検査後の接種日（西暦）			
	年 月 日	EIA法		強陽性 4.0以上 弱陽性 2.0以上4.0未満 陰性 2.0未満	①	年	月	日
				②	年	月	日	
流行性 耳下腺炎	<input type="checkbox"/> (1) 1歳以上で2回のワクチン接種記録がある				接種日 ①西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 罹患歴があり（西暦 年 歳頃）、抗体検査の結果に応じた予防接種歴がある				接種日 ②西暦	年	月	日
	検査日（西暦）	検査方法	測定値	結果（○をつける）	検査後の接種日（西暦）			
	年 月 日	EIA法		強陽性 4.0以上 弱陽性 2.0以上4.0未満 陰性 2.0未満	①	年	月	日
				②	年	月	日	

《インフルエンザ》

※12月～4月に実習・研修する場合のみ、実習・研修開始2週間前に接種が必要です。

医療機関からの証明書等を確認の上、接種日を記入してください。

ワクチン接種日	西暦 年 月 日	備考	
---------	----------	----	--

《胸部エックス線》

※実習・研修開始1年以内の撮影で異常がないことの確認が必要です。

撮影日及びその結果を記入してください。

撮影日	西暦 年 月 日	結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----	----------	----	---