４－１１

別表

実習先別実習前検査および予防接種実施表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医師 | 看護師 | 薬剤師 | 診療放射線技師 | 臨床検査技師 | 栄養士 | 理学・作業・言語療法士 |
| 麻疹 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 |
| 風疹 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 |
| 流行性耳下腺炎 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 |
| 水痘 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 |
| B型肝炎 | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 任意 | 要 |
| 赤痢菌 |  |  |  |  |  | 要 |  |
| サルモネラ菌 |  |  |  |  |  | 要 |  |
| 腸管出血性大腸菌 |  |  |  |  |  | 要 |  |

※上記以外の職種については、上記を参考に決定する。

※麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎・B型肝炎における抗体の有無および予防接種の要否については、日本環境感染学会が公表する「医療関係者のためのワクチンガイドライン第4版」に準ずるものとする。

４－１１

別紙第３号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 養成機関等の名称 |  |
| 氏名 |  |
| 記載日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| B型肝炎（HBs抗体）※栄養・事務部門は任意 | 抗体価 | □有（EIA法(IgG)　10mＩU/ml以上）　　　　□無　　　　　 |
| 予防接種歴 | □有（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月、③　　　年　　　月）　　□無□接種予定である（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月、③　　　年　　　月）　　 |
| 麻疹 | 抗体価 | □有（EIA法(IgG)　16.0以上）　　　　□無　　　　　 |
| 予防接種歴 | □有（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　□無□接種予定である（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　　　 |
| 風疹 | 抗体価 | □有（EIA法(IgG)　8.0以上）　　　　　□無　　　　　 |
| 予防接種歴 | □有（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　□無□接種予定である（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　　　 |
| 水痘 | 抗体価 | □有（EIA法(IgG)　4.0以上）　　　　　□無　　　　　 |
| 予防接種歴 | □有（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　□無□接種予定である（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　　　 |
| 流行性耳下腺炎 | 抗体価 | □有（EIA法(IgG)　4.0以上）　　　　　□無　　　　　 |
| 予防接種歴 | □有（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　□無□接種予定である（①　　　年　　　月、②　　　年　　　月）　　　　 |
| その他特記事項 |  |
| 予防接種未接種理由 | □アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

実習前検査および予防接種報告書

※予防接種歴は母子手帳等の記録を参考に記載すること。

※麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎については、2回の予防接種歴があれば追加接種は不要。

※抗体価が「無」の場合、臨床に入るまでに予防接種を行うこと。ただし、アレルギー等の特別な事情がある場合はこの限りではない。

**※栄養部門の実習生は、上記の他、便検査結果（赤痢菌・サルモネラ・病原性大腸菌O-157）を**

**実習初日に持参すること。**