

<本学附属・関連病院以外の医療機関用>

国際医療福祉大学 感染管理健康調査票

※学籍番号は入学後に記入

受験番号	学籍番号	提出日	年	月	日
フリガナ		性別	男・女	生年月日	西暦
氏名				年	月 日
学部	学部	学科			学科

医療機関ご担当者 各位

- 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎は調査票の「表A」欄に抗体価検査の結果を記入してください。  
抗体価が基準値を満たしてなく、入学予定者から希望があった場合は、ワクチン接種を行ってください。
- B型肝炎は調査票の「表B」欄に抗原検査と抗体検査の結果を記入してください。  
抗原検査が陰性で抗体価の基準値を満たしてなく、入学予定者から希望があった場合は、ワクチン接種を行ってください。
- 結核検査は調査票の「表C」欄にT-SPOT™ または QFT™ 検査による結果を記入してください。  
T-SPOT™ または QFT™ 検査による結果で「陽性」となった場合には胸部X線検査を実施し、「表D」欄に結果を記入してください。
- 必要事項を記入後、署名・捺印してください。
- 検査会社等が発行した、検査値が印字された「検査結果票」の原本（または写し）も本紙と一緒に受診者にお渡しください。

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

⇒別紙『抗体価検査「検査報告書」の見方』に従って記入してください。

表A	抗体価検査結果表			
項目	検査日(西暦)	検査方法	抗体価	結果
麻疹	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性(16.0以上) → ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準未満)(2.0~15.9) → 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性(2.0未満) → 2回接種
風疹	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性(8.0以上) → ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準未満)(2.0~7.9) → 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性(2.0未満) → 2回接種
水痘	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性(4.0以上) → ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準未満)(2.0~3.9) → 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性(2.0未満) → 2回接種
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性(4.0以上) → ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準未満)(2.0~3.9) → 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性(2.0未満) → 2回接種

↑ □に✓を記入。

【B型肝炎】

⇒別紙『抗体価検査「検査報告書」の見方』に従って記入してください。【HBs抗体検査値の記入漏れにご注意ください】

表B	抗体価検査結果表			
項目	検査日(西暦)	検査方法	検査値・判定	結果
B型肝炎 ※HBs抗原検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> HBs抗原:陽性 HBs抗体:陽性→外来受診 <input type="checkbox"/> HBs抗原:陽性 HBs抗体:陰性→外来受診
B型肝炎 ※HBs抗体検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> EIA法(IgG)	mIU/mL <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> HBs抗原:陰性 HBs抗体:陽性(10以上)→ワクチン不要 <input type="checkbox"/> HBs抗原:陰性 HBs抗体:陰性(10未満)→ワクチン接種3回(注1)

↑ □に✓を記入。 ↑ □に✓を記入。 ↑ 該当する□に✓を記入。

※注1 過去に10mIU/ml以上になり証明できる書類がある場合、原則接種不要

【結核】

⇒T-SPOT™またはQFT™(※1年以内に実施したもの)の結果を記入してください。

T-SPOT™またはQFT™の結果が陽性の場合、胸部レントゲン検査を実施し、その結果を記入してください。

表C	T-SPOT™ または QFT™ 検査結果表		
項目	検査日(西暦)	検査方法	結果
結核	年 月 日	<input type="checkbox"/> T-SPOT™ <input type="checkbox"/> ELISpot™ <input type="checkbox"/> QFT™	<input type="checkbox"/> 陽性→胸部レントゲン検査実施 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能

↑ □に✓を記入。 ※ 判定保留/判定不能の場合は入学後にキャンパスの指示に従い対応

表D	胸部レントゲン検査 【陽性者のみ実施】	
検査日(西暦)	判定	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常あり ※大学通学が可能であることを確認できる診断書発行をお願いします <input type="checkbox"/> 異常なし	

↑ □に✓を記入。

上記に相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日

医療機関名・住所

医師氏名

印