

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

Form with fields for 受験番号, 学籍番号, 提出日, 年 月 日, 氏名, 性別, 生年月日, 学部, 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。
● 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。
● 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。
● 必要事項を記入後、署名・捺印してください。
● 検査会社等から発行される検査値が印字されている「検査結果票」の原本または写しも添付して、入学予定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。

Table A: 抗体価検査結果表. Columns: 項目, 検査日(西暦), 検査方法, 抗体価, 結果. Rows for 麻疹, 風疹, 水痘, 流行性耳下腺炎.

↑ □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。

Table B: 抗体価検査結果表. Columns: 項目, 検査日(西暦), 検査方法, 検査値・判定, 結果. Rows for B型肝炎 ※S抗原検査 and B型肝炎 ※S抗体検査.

↑ □に✓を記入。 ↑ □に✓を記入。 ↑ 該当する□に✓を記入。

【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。

Table C: T-SPOT™ または QFT™ 検査結果表. Columns: 項目, 検査日(西暦), 検査方法, 結果. Row for 結核.

↑ □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

Table D: 胸部レントゲン検査. Columns: 検査日(西暦), 判定. Row for 結核.

↑ □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

国際医療福祉大学 感染管理健康調査票 【見本】

※学籍番号は入学後に記入

受験番号	23X0000	学籍番号	2341000	提出日	2023年 4月 7日		
フリガナ	コクサイ タロウ			性別	男・女	生年月日	西暦 2004年 4月 5日
氏名	国際 太郎						
学部	成田看護	学部		学科	看護 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。
- 検査会社等から発行される検査値が印字されている「検査結果票」の原本または写しも添付して、入学予定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	2023年 1月 27日	EIA法(IgG)	15.1	<input type="checkbox"/> 陽性(16.0以上) → ワクチン不要	<input checked="" 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	2023年 1月 27日	EIA法(IgG)	8.0	<input checked="" 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	2023年 1月 27日	EIA法(IgG)	1.9	<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 checked="" type="checkbox"/> 陰性(2.0未満) → 2回接種	
流行性耳下腺炎	2023年 1月 27日	EIA法(IgG)	2.0	<input type="checkbox"/> 陽性(4.0以上) → ワクチン不要	<input checked="" 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。

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 ※S抗原検査	2023年 1月 27日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> S抗原:陽性 S抗体:陽性→外来受診	※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
B型肝炎 ※S抗体検査	2023年 1月 27日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> EIA法(IgG)	0.3 mIU/mL <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> S抗原:陽性 S抗体:陰性→外来受診	
				<input type="checkbox"/> S抗原:陰性 S抗体:陽性(10以上)→ワクチン不要	
				<input checked="" type="checkbox"/> S抗原:陰性 S抗体:陰性(10未満)→ワクチン接種3回	

↑ □に✓を記入。 ↑ □に✓を記入。 ↑ 該当する□に✓を記入。

【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			表D	胸部レントゲン検査	
項目	検査日(西暦)	検査方法	結果	検査日(西暦)	判定	
結核	2023年 1月 27日	<input checked="" type="checkbox"/> T-SPOT™ ELISPOT™ <input type="checkbox"/> QFT™	<input type="checkbox"/> 陽性→胸部レントゲン検査実施 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能	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。 ※ 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

↑ □に✓を記入。

上記に相違ないことを証明します。

西暦 2023年 2月 1日

医療機関名・住所

成田〇〇病院
千葉県成田市〇〇10-1

医師氏名

〇〇 〇〇

印