

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, 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。

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

⇒別紙P3の日本環境感染学会ガイドラインに基づいたフローチャートの流れ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P3の日本環境感染学会ガイドラインに基づいたフローチャートの流れ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, 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

医師氏名

印

< 本学附属・関連病院以外の医療機関用 > ※記入例と見本です

**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	21X0000	学籍番号	2241000	提出日	2022年 4月 7日		
フリガナ	コクサイ タロウ			性別	男	女	生年月日
氏名	国際 太郎						
学部	成田看護		学部	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。

**【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】**

⇒別紙P3の日本環境感染学会ガイドラインに基づいたフローチャートの流れ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	2022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	2022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	2022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	2022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P3の日本環境感染学会ガイドラインに基づいたフローチャートの流れ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	2022年 1月 27日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	0.005 IU/ml <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 であるか確認 できる診断書発行 をお願いします
B型肝炎 ※S抗体検査	2022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: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	
項目	検査日(西暦)	検査方法	結果
結核	2022年 1月 27日	<input checked="" type="checkbox"/> T-SPOT™ <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

↑ □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	
検査日(西暦)	判定	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 2022年 2月 1日

医療機関名

成田〇〇病院

医師氏名

〇〇 〇〇

印