

国際医療福祉大学 感染管理健康調査票

学籍番号		提出日	年	月	日	性別	男・女
フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	
氏名							
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、ワクチン接種をおこなってください。
- 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『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。[S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 ※S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"/> S抗原:陽性 S抗体:陽性→外来受診 <input type="checkbox"/> S抗原:陽性 S抗体:陰性→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	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"/> S抗原:陰性 S抗体:陽性(10以上)→ワクチン不要 <input 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	年 月 日	<input 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 type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能

↑ □に✓を記入。

表D	胸部レントゲン検査	
	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

医師氏名

印