

実習生用健康診断報告書(筑波記念会 リハビリテーション部門)

記入日 年 月 日

学校名 学科名 学年

氏名 実習期間 年 月 日～ 年 月 日

当院では感染対策として実習生に下記の検査及び接種をお願いしています。下記に検査結果等を記入し、開始前または実習初日に提出して下さい。

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

Q1.母子手帳等において、1歳以上で2回の予防接種記録がありますか？

ある → 抗体価検査の必要はありません。①に接種日のみ記入してください。

ない → 抗体価検査を実施して、②～③を記入ください。

Q2.抗体検査を実施した場合(②～③記入済)、基準④は満たしましたか？

満たす → ワクチン接種の必要はありません。

満たさない → 必要に応じて1回もしくは2回のワクチン接種を実施して、⑤に接種日を記入してください。

項目	①母子手帳による 予防接種記録	②検査方法 実施した検査法に○		③測定値	④基準 (接種不要)	④-1 あと1回接種が必要	④-2 あと2回接種が必要	⑤-1 要接種(1回)	⑤-2 要接種(2回)
		EIA (IgG)	年月日						
麻疹	年月日	PA	年月日		16.0以上	2.0以上16.0未満	2.0未満	年月日	年月日
	年月日	NT (中和法)	年月日		1:256以上	1:16、1:32、 1:64、1:128	1:16未満	年月日	年月日
	年月日		年月日		1:8以上	1:4	1:4未満	年月日	年月日
風疹	年月日	HI	年月日		1:32以上	1:8、1:16	1:8未満	年月日	年月日
	年月日	EIA (IgG)	年月日		8.0以上	2.0以上8.0未満	2.0未満	年月日	年月日
水痘	年月日	EIA (IgG)	年月日		4.0以上	2.0以上4.0未満	2.0未満	年月日	年月日
	年月日	IAHA	年月日		1:4以上	1:2	1:2未満	年月日	年月日
流行性 耳下腺炎	年月日	EIA (IgG)	年月日		4.0以上	2.0以上4.0未満	2.0未満	年月日	年月日

2. 結核(必須)

実習開始前1年以内の胸部レントゲンで異常がないことが必要です。また、実習開始前1ヶ月以内に2週間以上続く咳、微熱がみられた場合は、医療機関を受診し、胸部レントゲンに異常がないことの証明を受け、実習開始日にご報告下さい。

項目	検査日	検査結果(どちらかに○)	基準
胸部レントゲン	年月日	異常の有無 有・無	異常無し

3. B型肝炎(必須)

Q.HBsワクチンを3回接種したことがありますか？

ある → 抗体価検査の必要はありません。⑤のワクチン接種日のみ記入してください。

ない → 抗体価検査を実施して、項目①～④を記入の上、基準を満たさない場合は、ワクチン接種をして⑤に接種日を記入してください。

項目	①検査日	②検査方法 実施した検査法に○		③測定値	基準	④基準を満たすか (どちらかに○)	⑤ワクチン接種日	
		EIA(IgG)	年月日				1回目	年月日
HBs抗体	年月日	CLIA	年月日		≥10.0mIU/ml	満たす・満たさない	2回目	年月日
			年月日				3回目	年月日
			年月日					年月日

4. C型肝炎(任意)

項目	検査日	検査結果(どちらかに○)
HCV抗体	年月日	( + - )

5. 常備薬の有無(どちらかに○)

有 ・ 無

※ 有の場合 薬品名

6. 新型コロナウイルスワクチン接種(推奨)

Q.新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？①にその状況を記入してください。

接種済 → ②に接種した回数分の接種日を記入してください。

項目	①接種の状況(どちらかに○)		②ワクチン接種日			
	接種済	未接種	1回目	年月日	回目	年月日
新型コロナウイルスワクチン接種			2回目	年月日	回目	年月日
			回目	年月日	回目	年月日
			回目	年月日	回目	年月日

7. インフルエンザ予防接種(必須)

11月から4月に実習を行う場合、必ずインフルエンザ予防接種を受けて下さい。

項目	接種日
インフルエンザ予防接種	年月日

8. その他(健康管理に関連することで報告事項があれば記載して下さい。)