

令和 年 月 日

実習生各位

地方独立行政法人
岐阜県立下呂温泉病院

実習時の感染症抗体確認について

当院では、医療従事者自身の職業感染予防と、他者への院内感染予防の目的で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ、およびB型肝炎の抗体について、実習時の感染症抗体確認チェックシートで確認する規定になっています。（日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」に準拠しています。）つきましては、別紙の各フローチャートに従って抗体検査およびワクチン接種を受けていただき、【実習時の感染症抗体確認チェックシート】を完成させて提出してください。

- ワクチン接種には接種間隔等のルールがあり、完了までに半年ほどかかる場合があります。また、医療機関によってはワクチンの入手困難などでワクチン接種予約に時間がかかる場合があります。早めに各フローチャートに従って必要な対応をお願いいたします。
- 麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ】の抗体確認は別紙1【麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜのフローチャート】に従ってください。抗体価検査は表1「MMRV 抗体価と必要予防接種回数」に記載のいずれかの検査方法で受けてください。
- B型肝炎の抗体価は別紙2【B型肝炎のフローチャート】に従ってください。
- B型肝炎感染者の方（HBs 抗原陽性）および既感染者の方（うちHBs 抗体陽性）はB型肝炎ワクチン接種不要です。その旨を抗体検査結果に記入し提出してください。
- 当院でも感染症抗体価検査やワクチン接種を受けていただけますが、その場合の費用は自己負担（保険適応外）となりますのでご了承ください。
- 【実習時の感染症抗体確認チェックシート】および提出された必要書類は実習先部門長で管理いたします。必要によって院内感染防止対策委員会（感染対策室）で情報利用します。各記録は個人でも管理しておいてください。
- アレルギー等でワクチン接種できない場合は「ワクチン免除申告書」を提出してください。
- 【実習時の感染症抗体確認チェックシート】に添付していただく必要書類は以下です。
下記以外の書類および「記憶」は記録に該当しませんのでご了承ください。

ワクチン接種記録に該当するもの	・母子手帳のコピー（ワクチン接種歴と名前が分かる表紙等） ・医療機関発行のワクチン接種済書、診療明細などのいずれかのコピー
抗体検査の記録に該当するもの	・医療機関発行の抗体価検査結果のコピー

【提出先及び問合せ先】 実習受け入れ部門

【提出期限】 令和 年 月 日