感染症抗体検査・ワクチン接種歴申告書

兵庫県立病院では、医療関係職員に対して病院内での感染症拡大（職員が患者や他の職員へ感染症をうつすこと、職員が患者や他の職員から感染症をもらうこと）を防止するため、下記の感染症に関する抗体検査歴、ワクチン接種歴等を申告していただいています。新規採用者および病院への転入者は、下記の要領により、入職前に本申告書の提出をお願いいたします。

(1) 以下の太枠部分について、記載をお願いします。
(2) 記載した項目の**検査結果が分かるもの（検査報告書、施設が発行する抗体検査証明書など）及びワクチン接種歴が分かるもの（母子手帳、施設が発行するワクチン接種証明書など）の写しを、氏名の記載があり、本人のものと判断できるように添付して下さい。**調査項目が網羅されていれば、所属されていた医療機関等が発行する抗体検査・ワクチン接種証明書等の提出でも結構です。

①検査歴やワクチン接種歴がある方でも、**上記記録の提出がない場合は入職後に抗体検査およびワクチン接種を受けていくこととなります。**
②本申告書は、各病院で個人情報保護法に従い適切に管理後、処理させて頂きます。返却はいたしませんのでご了承下さい。
③提出いただいた申告書の内容又は採用後に実施する感染症抗体検査・ワクチン接種歴について、兵庫県立病院内で異動等があった場合は、兵庫県立病院間で情報連携させていただきます。
④行政職において、兵庫県立病院に配属されなかった場合、上記①から③の対応は行わず、本申告書は処分させていただきます。
⑤本申告書の記載に関するお問い合わせは、提出先（各病院総務課又は病院局管理課）にご連絡下さい。

職員番号	
採用日	（西暦）　　年　月　日

記載日：（西暦）　　年　月　日
フリガナ 氏　名：
職　種：
生年月日：（西暦）　　年　月　日

疾患名	検査歴	検査日	検査法 （検査を〇で選択）	抗体価	1歳以上でのワクチン接種記録と接種日
麻　疹 （はしか）	有 無 不明	（西暦）　年　月　日	・EIA法 ・PA法 ・中和法		記　録：　有・無 1回目：（西暦）　年　月　日 2回目：（西暦）　年　月　日
風　疹 （三日はしか）	有 無 不明	（西暦）　年　月　日	・EIA法 ・HI法 ・その他（　　法）		記　録：　有・無 1回目：（西暦）　年　月　日 2回目：（西暦）　年　月　日
水　痘 （みずぼうそう）	有 無 不明	（西暦）　年　月　日	・EIA法 ・IAHA法 ・中和法		記　録：　有・無 1回目：（西暦）　年　月　日 2回目：（西暦）　年　月　日
流行性耳下腺炎 （おたふく風邪）	有 無 不明	（西暦）　年　月　日	・EIA法		記　録：　有・無 1回目：（西暦）　年　月　日 2回目：（西暦）　年　月　日

疾患名	検査歴	検査日	検査項目	抗体価	ワクチン接種記録と接種日		
B型肝炎	有 無 不明	（西暦）　年　月　日	HBs抗体	mIU/ml	記　録：　有・無		
					1シリーズ	1回目	（西暦）　年　月　日
						2回目	（西暦）　年　月　日
						3回目	（西暦）　年　月　日
					2シリーズ	1回目	（西暦）　年　月　日
						2回目	（西暦）　年　月　日
						3回目	（西暦）　年　月　日

＊シリーズ：初回接種・1か月後・6か月後の計3回接種をいう。

県立病院感染対策会議　令和5年1月改訂