

手術室等に入る業者やサーベイヤー他に依頼する感染対策事項(依頼書)

以下の方に係わる証明をお願いいたします。

受入先等		氏名	生年月日	性別 男・女
受入身分			西暦 年(昭和・平成 年) 月 日生	

当院では院内感染対策のため、4種のウイルス《麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス)》とB型肝炎に対する免疫能があること、および、活動性結核を有しないことを示した証明書の提出を求めています。
4種のウイルスに関しては、今までに2回以上ワクチンを接種しているか、または、18歳以降に抗体検査などを行っており、基準(別紙: ウイルス4疾患の検査方法と判断基準の目安)を満たしていることが必要です。ワクチンを2回接種されていまして、その後の抗体価計測は不要です。

感染対策に係る証明書

(業者、サーベイヤー用)

4種ウイルス

各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択してください。ワクチン接種の確認は親子手帳や接種した医療機関の証明書をご確認の上、記載をお願いします。該当する結果に○をしてください。

(1) ワクチン接種2回		(2) 抗体検査とその結果に応じたワクチン接種				
項目	ワクチン接種日(西暦)	検査日(西暦)	検査方法	測定値	結果	ワクチン接種日(西暦)
麻疹	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				疑陽性・陰性	② 年 月 日
風疹	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				疑陽性・陰性	② 年 月 日
水痘	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				疑陽性・陰性	② 年 月 日
ムンプス	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				疑陽性・陰性	② 年 月 日

結核

結核の既往歴	なし ・ あり	(西暦) 年 月
--------	---------	----------

※注意

- ・ 異常を認めた場合は、精密検査を要求することがあります。
- ・ 検査結果(4種ウイルス抗体価)のコピーを添付すること

上記の結果のとおり相違ないことを証明する。

西暦 年 月 日
医療機関名 及び住所
医師氏名
(印)