

感染症免疫獲得状況調査票【新規採用職員用】

地方独立行政法人大阪府立病院機構

受験番号	氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	職種
*医師は記載不要	()	男・女	(西暦) 年 月 日	*該当する職種を○で囲んでください 医師・看護師・医療技術・事務・その他

*この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。ワクチン接種をしていただく必要はありません。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（ムンプス）

▼表A ワクチン接種状況表

		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎（ムンプス）
ワクチン 接種日	第1回	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
	第2回	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
		不明	不明	不明	不明

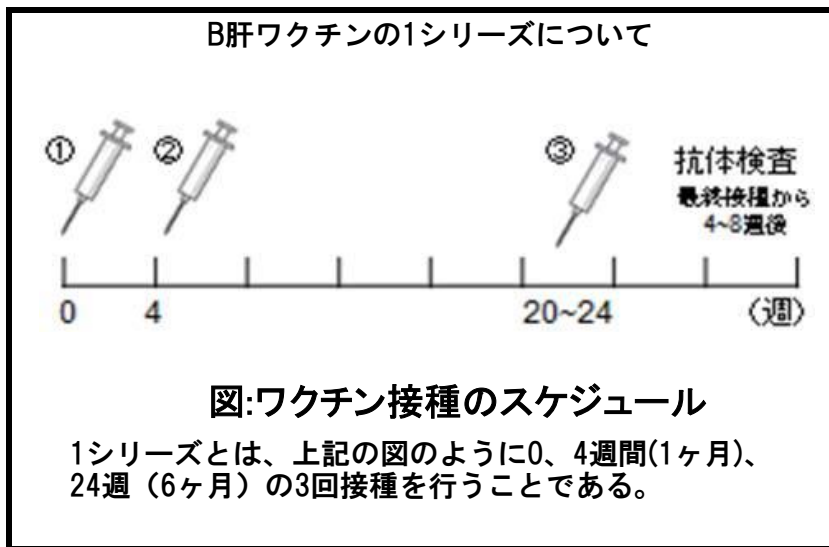
【注1】 母子手帳 又は 医療機関・学校発行の接種済証等(氏名、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)を見ながら記入してください。記入に利用した接種済証等については、A4判の紙にコピーし、本票の裏面にホッチキスでとめてください。

B型肝炎

▼表B 抗体価測定結果表（B型肝炎）

直近の測定結果を記入

	B型肝炎
抗体価測定日	(西暦) 年 月 日
抗体価	
測定判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(陽性判定基準 10m IU/mL 以上)</small>



添付書類については、【注1】のとおり

【注2】 表Bの測定判定が陽性の場合、表Cは記入不要。陰性の場合のみ表Cを記入ください。

▼表C ワクチン接種状況表（B型肝炎）

現在の接種状況(R4.3.31)について、該当1か所に○をして記入

R4.3.31 現在の接種状況	該当に○	○をした区分について () 内に記入ください *接種日は西暦で記入ください
1 まだワクチンを接種していない		未接種理由 ()
2 ワクチン[1シリーズ]を接種中		・1シリーズ () 回目まで済 接種日 (年 月 日)
3 ワクチン[1シリーズ]を接種済		・1シリーズ 3回目接種日 (年 月 日)
4 ワクチン[2シリーズ]を接種中		・2シリーズ () 回目まで済 接種日 (年 月 日)
5 ワクチン[2シリーズ]を接種済		・2シリーズ 3回目接種日 (年 月 日)
6 不明		

裏面に続く

受験番号	氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	職種 *該当する職種を○で囲んでください
*医師は記載不要	()	男・女	(西 暦) 年 月 日	医師・看護師・医療技術・事務・その他

*この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。ワクチン接種をしていただく必要はありません。

○ワクチン接種記録が確認できる文書（旧勤務先・学校から発行される証明書、母子手帳、ワクチン接種の間診票等）のコピーの裏面に受験番号・氏名をご記入の上、ホッチキスで左側にとめてください。