

# 感染症免疫獲得状況調査票 【新規採用職員用】

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

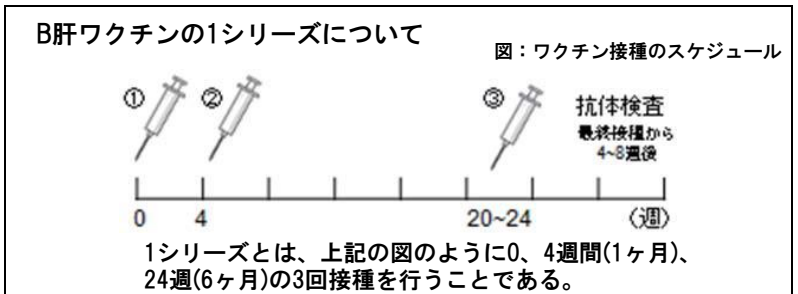
▼表B 抗体価測定結果表(B型肝炎)

▼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
(陽性判定基準 10m IU/mL 以上)	

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)

▼現在の接種状況について、該当1か所に○をして記入

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		