

所在地 茨城県 井整理番号 12

ご記入のうえ、ご返信ください。

(その他に該当する場合は、ご記入下さい)

- 之

- ・1ヶ月以内 ・3ヶ月以内 ・その他〔 〕

- ・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベルクリン反応
・その他〔

- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい . いいえ

... / 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 / 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

^ ^ 1 ^ 1 ^ ^ ^ ^ ^ ^

$\Delta_1 = \Delta_1$ $\Delta_2 = \Delta_2$ $\Delta_3 = \Delta_3$

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい
研修料等の規定がある場合は、提出をお願いします。

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ ☒ いえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

別紙のとおり。

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

病院実習、病院見学、採用試験受験者等の受入れについて

2023 年 3 月 20 日(月)

自治医科大学附属病院 病院長

自治医科大学附属病院における感染防止対策の観点から、病院として病院実習生、病院見学者等を受け入れる際の条件を以下の通りとします。

1. 体調不良がないこと。(来院のタイミングごと、毎回確認が必要です。)
2. 日常生活において、新型コロナウイルス感染症をはじめとした各種感染症について高い意識を持ち、感染対策を踏まえた生活を実践していること。
3. 医療従事者に対して推奨される各種ワクチン（※）について、接種が適切に実施されていること。

※新型コロナウイルス感染症、季節性インフルエンザ、B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

なお、所属する施設で感染症の流行が起こっている場合には、事前にご相談頂けますようお願い申し上げます。

当院での実習、見学等の間はマスク着用を含めた当院における感染予防対策、標準予防策を厳格に遵守していただくよう宜しくお願い致します。感染を院内に持ち込まないために、ご理解、ご協力を宜しくお願い申し上げます。

自治医科大学附属病院 感染症調査票

当院では院内感染対策のため、5日間以上実習等を行う方に胸部レントゲン結果、4種ウイルスワクチン接種歴もしくは抗体価の提出をお願いしています。

各ワクチンを2回以上、確実に接種したことがある方は、母子手帳を確認の上日付を記載してください。

2回以上接種歴が確認できる方は、抗体価の測定、記載は不要です。接種歴が1回の方は、4週間以上

空けてもう1回接種を追加して日付を記載してください。その場合も抗体価の測定は不要です。

それ以外の方は、抗体価を測定の上、基準値を満たさない場合はワクチンを追加接種してください。抗体価の測定はEIA(IgG)をお願いいたします。

なお、免疫が不十分なまま実習を開始された場合、これら感染症に罹患、蔓延させる可能性があり、責任の一端が自身にあることを十分ご承知ください。

お問い合わせ先：自治医科大学 保健センター TEL:0285-58-7016 Email:hokencenter@jichi.ac.jp

記入日 年 月 日

ご所属

氏名

実習場所： 看護部・臨床検査部・リハビリ部・薬剤部・放射線部・臨床工学部・臨床栄養部・事務
その他（ ）

実習等開始日： 年 月 日 実習等終了日： 年 月 日

胸部レントゲン	検査日	結果	有所見者は2次健診を受診の上、 実習に支障のないことを確認してください 確認日： 年 月 日
	年 月 日	異常なし・有所見	
	* 過去1年以内		

項目	予防接種歴	抗体価	検査法	検査日	抗体価は基準を満たすか (丸で囲む)	追加ワクチン接種日
麻疹	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加 低抗体価(2.0以上16.0未満)→1回追加 陽性(16.0以上)→追加不要	年 月 日
	年 月 日					年 月 日
風疹	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加 低抗体価(2.0以上8.0未満)→1回追加 陽性(8.0以上)→追加不要	年 月 日
	年 月 日					年 月 日
水痘	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加 低抗体価(2.0以上4.0未満)→1回追加 陽性(4.0以上)→追加不要	年 月 日
	年 月 日					年 月 日
流行性 耳下腺炎	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加 低抗体価(2.0以上4.0未満)→1回追加 陽性(4.0以上)→追加不要	年 月 日
	年 月 日					年 月 日

* 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第2版」を参考にしています

実習生の守秘義務に関する誓約書

(別紙)

患者等の個人情報の保護に関する
誓 約 書

自治医科大学附属病院
病 院 長 様

私は、当院での実習にあたり、患者等の個人情報の保護に関する法令等の趣旨を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、病院実習委託契約書第4条に基づき、実習期間中はもちろん、実習期間終了後においても、実習上知り得た患者等の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

所属 _____

※ 氏名 _____

※ 本人の署名又は記名・押印をしてください

施設名 獨協医科大学病院

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ ☒ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

☒ 麻疹 ☒ 風疹 ☒ 水痘 ☒ ムンプス ☒ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [別紙参照]

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

事前に研修に関する書類一式を送付いたしますので、一度庶務課職員係宛
にメールをお送り下さい。 メールアドレス: shokuin-b@dokkyomed.ac.jp

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

獨協医科大学病院で研修・実習される方へ（お願い）

庶務課職員係

大学・病院内で研修・実習等の実務に入る場合は、本学職員に準じた服務規律を遵守願うこととなりますので十分ご留意ください。

なお、特に、下記の事項をご注意願います。

記

- (1) 本学の諸規則を守ってください（指導者の指示に従ってください）。
- (2) 大学・病院内では必ず名札を着用してください。
- (3) 礼儀を正しく、挨拶、会釈を励行し、明朗はつらつたる態度をもって実務に専念してください。
- (4) 実務に適した服を着用してください。
- (5) 盗難・火災の防止及び安全衛生に努めてください。
- (6) 火気及び危険物を粗略に扱ったりしないでください。また、病院敷地内は禁煙です。
- (7) 動力・電気・ガス等のエネルギー、水道水等の節減に努めてください。
- (8) 乗用車やバイクでの通学は、原則として認めていません。
- (9) 実務中知り得た事項を他に漏らしてはいけません。
- (10) 貸与品については、研修・実習終了後速やかに返却してください。

以上

獨協医科大学病院受託実習要領

(目 的)

第1条 この要領は、獨協医科大学病院受託実習（以下「実習」という。）の申請にあたり、必要な事項を定める。

(実習の受諾)

第2条 病院実習を受ける場合は、本院の実習受入先の部署の長に、実習の日程・実習生の人数及び実習内容等について内諾を得た上で、次に掲げる必要書類を揃えて獨協医科大学病院庶務課へ提出する。また、提出期限は、原則として実習日の1か月前までとする。

- (1) 獨協医科大学病院実習受託契約書（所定様式）
- (2) 実習生の履歴書
- (3) 胸部 X 線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（実習・研修生用）（所定様式1）
- (4) 個人情報の保護に関する誓約書（所定様式2）
- (5) その他

2 必要書類の提出が遅れた場合、又は書類に不足があった場合は、実習の受入を拒否することがある。

(必要書類について)

第3条 第2条第1項第3号に定める胸部 X 線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（所定用紙1）について、次に掲げる事項を遵守する。

- (1) 実習の期間が1週間（延べ7日間）以上の実習・研修をする全職種の学生が対象となる。
- (2) 胸部 X 線検査は、実習開始の日から遡って1年以内、感染症抗体検査・ワクチン接種状況は5年以内に実施したものを申告する。
- (3) 実習期間が11月から3月にかけて行う実習生については、季節性インフルエンザワクチンの接種も必須とする。
- (4) 第2条第1項第3号及び第4号に定める書類は、責任者及び実習生が自筆で署名する。

(要領の改廃)

第4条 この要領の改廃は、病院運営委員会常任委員会の議を経て病院長が決定するものとする。

実習生・研修生の職業感染予防について

獨協医科大学病院
令和2年4月1日現在

当院では、病院実習を行う実習生および研修生に対し、感染予防対策並びに安全確保のために、実習前に後述の感染症疾患の事項をお願いしております。

なお、実習時に針刺し・切創、粘膜曝露等が実習時に発生した場合には、当院の院内感染対策マニュアルに従い、健康管理科等必要な診療科等の受診を推奨します。

当院において実習・研修を行う方は、「胸部X線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（実習・研修生用）」（様式1）に必要事項を確認の上、記入し提出をお願いします。

1. 結核について

- ① 実習開始前に、2週間以上続く咳嗽や痰、原因不明の発熱や体重減少など結核を疑わせる症状がないことを確認してください。
- ② 胸部X線検査、IGRA検査（インターフェロンγ遊離試験）の実施をお願いします。
- ③ 胸部X線検査については、実習開始前1年以内に異常がないことが必要です。
妊娠中またはその可能性がある場合は、胸部X線検査はできませんので、その場合は別途情報提供をお願いします。
- ④ 結核IGRA検査は、T-SPOT または QFT を行ってください。実習開始前5年以内のものが有効です。
- ⑤ 下記の場合は実習が可能である旨の医師の診断書を提出してください。
 - ・ 胸部X線で結核を疑われる病変が指摘された場合
 - ・ IGRA検査（T-SPOT 又は QFT）が陰性以外の場合（陽性、判定保留、判定不可）
 - ・ 活動性結核または潜在性結核として抗結核治療中の方
 - ・ 咳嗽や痰など呼吸器症状や原因不明の発熱や体重減少が続く場合等

2. 4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について

- ① 罹患歴・ワクチン接種歴の記入をお願いします。
- ② 各種ウイルスの抗体検査を実施し抗体価が十分でない場合は、日本環境感染学会「医療従事者のためのワクチンガイドライン」第2版に従い、必要なワクチンの追加接種をお願いします。
- ③ 実習前に各ウイルスワクチンについて2回の接種が完了し、かつ十分な抗体価があることを確認できていることが望ましいです。
- ④ ワクチン不応者や実習までに抗体検査等が間に合わない場合には、事前に＜本件についての提出先・問合せ先＞までご連絡ください。実習予定の部署や、疾患の流行状況により、実習の希望に添えないこともありますのでご了承ください。
- ⑤ 明確な既往がなく、ワクチンの接種がなされていない場合には、それぞれ2回のワクチン接種を推奨します。実習前には少なくとも、2回のワクチンを済ましている、または、接種歴は1回であるが十分な抗体価があることが確認できている状態で、実習に望んでください。
- ⑥ 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎のワクチンは生ワクチンです。妊娠中または妊娠2ヶ月以内、免疫不全等のある方は接種できません。その他ワクチン不応者に該当される場合には、その旨を別紙「5. アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない場合」に記載してください。
- ⑦ 結果については、陰性、陽性だけではなく、数値（抗体価）で記載が必要です。提出前に確認をお願いします。
- ⑧ 検査方法はEIA法をお願いします。

検査項目	検査法	十分な抗体価の基準
麻疹 IgG	EIA 法	16.0 以上
風疹 IgG	EIA 法	8.0 以上
水痘 IgG	EIA 法	4.0 以上
流行性耳下腺炎 IgG	EIA 法	4.0 以上

・麻疹と風疹については陽性の値と十分な抗体価は一致しませんので注意してください。

3. B型肝炎ウイルスについて

- ① 実習開始前に少なくとも1シリーズ（3回接種）のワクチン接種を行い、基準以上の抗体価を獲得したことを確認して下さい。日本環境感染学会 医療従事者のためのワクチンガイドライン第2版に従ってください。
- ② 1シリーズに基準以上の抗体価を獲得とならなかった場合にはもう1シリーズの再接種を推奨します。
- ③ 1シリーズ後基準以上の抗体価が獲得とならなかった場合や、2シリーズでも抗体価が獲得とならなかった場合は、別紙「5. アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない場合」にその旨を記載してください。

また、接種不適者や HBV 感染者（HBs 抗原陽性）や既感染者と考えられる場合（HBc 抗体陽性）には必要箇所にその旨を記載してください。

- ④ ワクチン接種歴の有・無および罹患歴、抗体の有無とその抗体価の値を記載してください。抗体測定は、CLIA 法、CLEIA 法、EIA 法のいずれかで行ってください。

検査項目	検査法	十分な抗体価の基準
HBs 抗体	CLIA 法・CLEIA 法・EIA 法	10.0 mIU/ml 以上

■提出書類：「胸部 X 線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（実習生・研修生用）」*（様式1）

* 抗体価やワクチン接種証明書の提出は必要ありません。

要件を満たしていることを必ず確認の上、ご提出ください。

（必要な書類は病院ホームページから印刷してご利用ください。）

■提出期限：実習申請書と合わせて提出してください。

原則実習日の1ヵ月前までに必ず提出してください。

季節性インフルエンザワクチンの接種に限り予定日の申告も可とします。

■その他：①上記申告書は、院内感染対策や実習者の安全対策、健康管理以外の目的では使用いたしません。また、提出された申請書類に含まれる個人情報、獨協医科大学病院で厳重に管理します。

②実習期間中に職業感染が発生した場合は、当院の院内感染対策マニュアルに従い対応してください。なお、必要により管轄の保健所等行政当局からの指示やアドバイスを受ける事があります。

③「実習生の職業感染予防について」は更新する場合がありますので、必ず実習開始前（1ヵ月前くらい）にはご確認ください。

④実習開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合は、実習を内容の一部または全部が制限されることがあります。

■提出先・問合せ先：〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林 880

獨協医科大学病院 庶務課 宛

TEL: 0282-87-2038

（所定様式1）

獨協医科大学病院 胸部X線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書
（実習・研修生用）

記載日：（西暦） 年 月 日

学校名 医療機関名			学部名/学年 部署名		
ふりがな 氏 名		生年月日 年齢	西暦	年 月 日 (満 歳)	男・女
実習・研修期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				

1. 結核関連検査**胸部X線検査（必須） ・ 過去1年以内に実施したもの**

検査結果	☐ 正常 ☐ 異常 ()
実施日	西暦 年 月 日

結核 IGRA 検査（T-SPOT または QFT）（必須） ・ 過去5年以内に実施したもの

検査法	☐ T-SPOT ☐ QFT	実施日	西暦 年 月 日
検査結果	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定保留 ☐ 判定不可		
備考	結核疑いの場合は、校医又は産業医の証明書を提出すること		

呼吸器症状	☐ 有 ☐ 無	
結核治療歴	☐ 有 (☐ 治療完了、 ☐ 治療済) 治療期間： (西暦) 年 月 ～ 年 月	☐ 無

2. 4種抗体検査（必須） ・ 抗体価は過去5年以内に実施したもの**抗体価：当院は、EIA法（IgG）を推奨します。**

項目	検査日 (西暦)年月日	測定値 (IU/ml)	基準（いずれかに○）					
			陰性		陽性 (基準を満たさない)		陽性 (基準を満たす)	
麻疹			<2.0		2.0-15.9		≥16.0	
風疹			<2.0		2.0-7.9		≥ 8.0	
水痘			<2.0		2.0-3.9		≥ 4.0	
流行性耳下腺炎			<2.0		2.0-3.9		≥ 4.0	

罹患歴・ワクチン接種歴

麻疹 (はしか)	罹 患 歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種 1 回目 : 年 月 日 接種 2 回目 : 年 月 日	☐ 無
風疹 (三日ばしか)	罹 患 歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種 1 回目 : 年 月 日 接種 2 回目 : 年 月 日	☐ 無
水痘 (水ぼうそう)	罹 患 歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種 1 回目 : 年 月 日 接種 2 回目 : 年 月 日	☐ 無
流行性耳下腺炎 (おたふく・ムンプス)	罹 患 歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種 1 回目 : 年 月 日 接種 2 回目 : 年 月 日	☐ 無

3. B型肝炎ウイルス検査（必須） ・ワクチン接種を強く推奨します

HBs 抗体 (CLIA 法)	結 果	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査	抗体価検査値 ()	検査日： 年 月 日
	ワクチン 接 種 歴	☐ 有 接種 1 回目： 年 月 日 接種 2 回目： 年 月 日 接種 3 回目： 年 月 日		

4. 季節性インフルエンザワクチン接種状況（必須・研修期間が11～3月の場合のみ記入）***

***接種日または接種予定日を記入してください。接種証明書の提出は必要ありません。

接種日・接種予定日	☐ 接種済 ☐ 接種予定	年	月	日
未接種（理由）	☐ 未接種 （ ）			

5. アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない場合

--

学校（養成機関）名：

責任者名: _____

獨協医科大学病院 記入欄

受 入 許 可 : 可 · 要相談 · 不可

記載日：令和 年 月 日

受入部署:

実習指導担当者：

連絡先：

(所定様式2)

個人情報保護に関する誓約書

獨協医科大学病院

病院長 麻 生 好 正 殿

私は、貴院からの研修・実習中に知り得た患者及び病院関係者の個人情報について、研修・実習期間中はもちろん研修・実習終了後も、第三者に故意又は過失によって漏洩したり、貴院に無断で使用したりいたしません。

また、個人情報が漏洩したことにより、貴院に損害が生じた場合には、これを賠償するものといたします。以上の事項を厳守することを誓約いたします。

令和 年 月 日

学校名

病院名

<実習生・研修生>

住 所

氏 名

印

学校名等：				
令和	年	月	日	氏名：
	居住地	都・県	区・市・郡	町
	体温	度	分	

***太枠内**をご記入ください。

質問事項	回答欄	
① 今までにご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか。	はい（ 本人 ・ 家族等 ） ・いつ 202 年()月()日 ・外出自粛期間 ～ ・陽性が判明した経緯(症状あり・その他) その時の検査方法は (医療機関での診断 ・ 自主検査)	いいえ
① の回答欄で“はい”と答えた方にお聞きします。 陽性者の症状の有無と医療機関で判明した場合の医療機関名 または自主検査の場合は、検査キット入手方法を ご記入ください。	・本人(症状：あり・なし) 医療機関名() 自主検査のみ(薬局等で購入・その他) ・家族等(症状：あり・なし) 医療機関名() 自主検査のみ(薬局等で購入・その他)	
② 1週間以内にご自身の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢 などの症状がありましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・症状詳細()	いいえ
③ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族等が新型コロナ ウイルス陽性者 または新型コロナウイルス陽性者と 同居されている方との接触がありましたか。	はい（ 本人 ・ 家族等 ） ・いつ 202 年()月()日 ・どこで() ・だれ ()	いいえ
④ 1週間以内に同居家族や行動を共にした方の体調で、発熱、 咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい（ 家族等 ・ 知人 ） ・接触日 202 年()月()日 ・症状詳細()	いいえ
⑤ 同居家族または職場(同部署)に、現在外出自粛されている人が いますか。	はい ・関係(家族・職場・知人・他) ・詳細()	いいえ
⑥ 自分自身や同居家族、または職場などに過去2週間以内に 海外から帰国した人がいますか。	はい ・国名() ・帰国日 202 年()月()日	いいえ
⑦ 1週間以内に、屋内・屋外問わず50名以上が集まる イベントに参加しましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・交通手段() ・目的、詳細()	いいえ
⑧ 1週間以内にお住いの都道府県内・外によらず、いわゆる ”3密“（換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、 近距離での密接な会話）や参加している方の中にマスク無の人 がいる集まりに参加した機会がありましたか？ 例：複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、接客を伴う飲食、 冠婚葬祭なども含む集会参加、集合での運動、カラオケ、ライブ参加 パチンコ、公共交通機関（電車・バス・飛行機・船舶）利用、 同居家族以外の方との自家用車の同乗など	はい ・いつ 202 年()月()日 ・目的() ・公共交通機関詳細() ・自家用車（同乗者詳細： ・会場名や所在地()	いいえ

*患者さんへ；本日、以下の症状がありますか？（はい、もしくは、いいえ）に○印をつけてください。

① 発熱(37.5℃以上)	はい	体温 (℃)	いいえ	⑦ 強いだるさ(倦怠感)	はい	いつから ()	いいえ
② のどの痛み	はい	いつから ()	いいえ	⑧ 臭いが分かりにくい	はい	いつから ()	いいえ
③ 鼻水	はい	いつから ()	いいえ	⑨ 味が分かりにくい	はい	いつから ()	いいえ
④ 咳(せき)	はい	いつから ()	いいえ	⑩ 吐き気・嘔吐	はい	いつから ()	いいえ
⑤ 痰(たん)	はい	いつから ()	いいえ	⑪ 下痢	はい	いつから ()	いいえ
⑥ 息苦しさ	はい	いつから ()	いいえ	⑫ しもやけ	はい	いつから ()	いいえ

新型コロナワクチン接種状況	202 年()月()日 () 回目終了			
問診票確認年月日	立ち入り部署 場所詳細	実習責任者（サイン）	庶務課（サイン）	
年 月 日() :				

検温表 (獨協医科大学病院)

10/13

確認(病院用)

この検温表は、患者さんの体調を正しく把握するために使用されますので、可能な限り正確に記入してください

氏名:

日 時		検温した時間	体温	咳の有無	倦怠感の有無	咽頭痛の有無	味覚・嗅覚障害の有無	その他 体調で気になること
7日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	

原本をスキャナー

検温表(受験者・見学者・実習生用)vol 2 作成日2023.5.13

チェック表使用方法(※実習・研修期間中(土・日・祝日含)は、チェックを行う)

- ① 実習生・研修生は初日よりチェックをし、実習指導担当者へ提出
- ② 担当者は確認をする
- ③ 問題がある場合は、感染制御センターへ相談し判断を仰ぐ
- ④ 確認後は受入部署で控える

学校名・病院名	氏名

實習・研修・部署名: _____ 實習・研修期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

[illegible]

症状と行動歴

◇ 記入上の注意点 ◇

□学校名・氏名を明記する。

□症状欄には体温を記入する。

COVID-19に関連した下記症状がある場合は記入する。その他の症状は具体的に記入する。

発熱 ・ 咳 ・ 息苦しさ ・ 鼻水 ・ 激しい倦怠感 ・ 頭痛 ・ 嗅覚障害 ・ 味覚障害 ・ その他

□行動歴は漏れなく記入すること。(5W1Hを明確にすること)

→自宅にいて外出がない日も「自宅」と明記し、行動歴に空白がないようにする！

→外出先の情報は店舗名・場所・時間・同行者を詳細に！

→出先で食事した場合も詳細を記入する(例・アウトレット内飲食店で食事の場合 食事〇時、店舗名：〇〇、場所：佐野アウトレット、同行者：2名)

※例えば、カラオケ店であれば、カラオケ店(店名：〇〇〇〇、所在地：〇〇〇〇)と明確に記載してください。

記載例

学校名(学年)：〇〇専門学校 (〇年)

氏 名：獨協太郎

本 人 住 所：栃木県壬生町北小林880

自 宅 番 号：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 携帯電話番号：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

同居家族構成：祖父・父・母・妹 ※他県居住中の家族等が帰ってきている場合は含めること

同居家族の勤務先：父(〇〇医科大学) 母(〇〇ストアー)

月日	通勤	症状	マスク 着用	行動歴	接触者 (同行者)	交通手段
4/〇 (月)	○	体温: 36.3℃ 咳・鼻水	○ ○ ○ ○	①8時 出勤 ②9～11時30分 勤務(場所〇〇) ③11時30分～12時30分 昼食(職員食堂) ④12時30分～17時 勤務(場所〇〇) ⑤17時 (地下ロッカー室で着替えて北駐車場へ) ⑥17時30分 スーパー〇〇店で買物 ⑦19時 自宅	②〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん、(1Fカルテ室) ③〇〇さん、〇〇さん ④〇〇さん、〇〇さん	①⑦自家用車(同乗者なし)
4/〇 (火)	×	体温: 37.4℃ 咳・鼻水・倦怠感		公休 自宅(外出なし)	家族のみ(父母)	
4/〇 (日)	×	体温: 36.7℃ 症状なし	○ × ○ ×	①10～17時 ショッピング(インターパーク)、同行者1名 ②12～13時 昼食(〇〇〇、インターパーク内)、同行者1名 ③13～15時 映画(インターパーク内)、同行者1名 ④18時 夕食(〇〇〇、宇都宮市)、同行者1名	①～④友人●●●	①④自家用車(同乗者左同1名)

症状と行動歴

学校名(学年):	(年)
氏 名:	
本 人 住 所:	
自 宅 番 号:	携帯電話番号:
同居家族構成:	
同居家族の勤務先:	

月日	通勤	症状	マスク 着用	行動歴	接触者（同行者）	交通手段

施設名 埼玉メディカルセンター

所在地 埼玉県 #整理番号 18

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 埼玉医科大学病院

所在地 埼玉県 井整理番号 19

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [上記2つ以上のことが望ましい]
COVID-19 → 感染していることを証明する書類

7) 誓約書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 獨協医科大学 埼玉医療センター

所在地 埼玉県 #整理番号 21

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい・いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい・いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい・いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい・いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・1ヶ月以内 ・3ヶ月以内 ・その他 [X 写しは必須]

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベルクリン反応
・その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい・いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい・いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

・現在は、研修 2 週間からの健康観察表(当院書式)

・当日のコロナ抗原検査、

・上記の書類の上、立入許可申請提出とする

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

特になし

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 防衛医科大学校病院

所在地 埼玉県 井整理番号 22

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか
え はい ・ ☒ いいえ
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか
・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 〕
- 6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか
・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕
- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

施設名 東京慈恵会医科大学附属柏病院

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

東京慈恵会医科大学附属柏病院
病院長 殿

誓 約 書

実習者_____の貴院での実習・見学・研修（以下「実習」という）において、下記事項を本人に遵守させると共に、万一貴院に損害を与えた場合には、本学・本施設は本人と連帯して責任を負うことを誓約いたします。

記

1. 貴院の諸規則を遵守し、指導者の指導・指示に従うとともに医療人としてのマナー（身だしなみ、言葉づかい、衛生管理等）に十分注意して実習いたします。
2. 患者さんと接する場面が生じた場合は、患者さんの安全を最優先とし不快感を与えないよう細心の注意をはらいます。
3. 実習中に知り得た患者さん並びに貴院に関わる情報は、実習期間中及び実習終了後においても他に漏らしません。
4. 実習において貴院の施設・設備・機器・器具等の取扱いには細心の注意をはらいます。
5. 実習前に貴院と取り交わす実習契約書の内容について遵守いたします。

以 上

年 月 日

学校・施設名

施 設 長

(公印)

実 習 者

(捺印)

(自署)

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ~~はい~~ ・ ~~いいえ~~

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

患者等の個人情報の保護に関する 誓約書

東邦大学医療センター佐倉病院

病院長殿

私は貴施設での実習にあたり、患者等の個人情報の保護に関する法令などの趣旨を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は日本輸血・細胞治療学会 認定輸血検査技師制度 病院施設研修を受けるにあたり、実習期間（ 年 月 日 ～ 月 日 ）および実習期間終了後においても、実習中に知り得た患者等の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守する事を誓います。

年 月 日

施設名

所属

氏名

※必ず本人の署名を行うこと

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ
(A4サイズ)

3) 健康診断書は必要ですか
え はい ・ いい

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ
(A4サイズに縮小)

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

履歴書、誓約書、感染症抗体申告書、免許の写しをご提出ください。
※ 誓約書、感染症抗体申告書は、当院指式の書式をご用意しております。

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

受託検査申請書（当院指式書式）

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

学生実習の留意事項

国立研究開発法人
国立がん研究センター中央病院

【目次】

1. 当センター中央病院の理念・と基本方針
2. 学生実習の留意事項
3. 医療安全対策
4. 感染予防対策
5. 個人情報保護
6. その他の留意事項

【感染症の兆候が発生した場合の対応】 別紙1

学生実習の留意事項

国立がん研究センター中央病院

平成30年11月9日制定
令和5年3月27日改訂

1. 国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院の理念・基本方針

理念

・社会と協働し、全ての国民に最適ながん医療を提供する。

目指す Vision

・日本のがん医療の旗艦病院として、一人一人の患者さんに最適な世界最高レベルの医療を提供する。

基本方針

1. がん専門病院として安全で高度な医療を提供する。
2. 社会と協働して全人的な医療を提供する。
3. 病院と研究部門が一体となって、患者さんとともにがんの新しい診断・治療法を開発する。
4. 国内外を牽引する専門性の高い人材を育成する。
5. がんに関する正確で最新の医療情報を提供する。
6. 全国のがん医療ネットワークのハブ機能を果たす。
7. 職員が健康で誇りと働きがいを持つ職場作りを実践する。

患者さんの権利

当院が医療を提供するにあたっては、以下のことを患者さんの権利として尊重します。

1. 個人の人格を尊重される権利
2. 安全で質の高い医療を受ける権利
3. 病気や個人の思想信条などによって差別されない権利
4. 納得のいく説明と情報提供を受け、自らの意志で検査・治療法などを選択または拒否する権利
5. セカンド・オピニオンを受ける権利
6. 自らの診療録の開示を求める権利
7. プライバシーが尊重され、個人情報保護される権利
8. 通常の水生活や私生活を営む権利

当院からの患者さんへのお願い(患者さんの責務)

1. 患者さんに適切な医療を提供するために、次のことをご協力ください。
 - ・ご自身の健康状態に関する正確な情報を医療者にお伝えください。
 - ・検査や治療など医療行為については、職員の説明を十分に理解して納得してお受けください。
その際には、職員の医療上の指示をお守りください。
 - ・病院の快適な医療環境の維持にご協力いただくとともに、病院職員の指示をお守りください。
特に以下の事項は固くお断りします。お守りいただけない場合には、診療を継続いただけないことがあります。
 - 他の患者さんや職員への暴力や暴言
 - 病院内及び敷地内での喫煙、飲酒及び火器の使用
 - 受けた医療に対する医療費の支払い拒否
 - 病院内での無断の写真及び動画の撮影ならびに SNS 等への無断使用
 - 指定された場所以外での携帯電話の通話
2. 当院は臨床研究中核病院・特定機能病院です。がんの予防・診断・治療の新たな開発を実現するために研究にご協力ください。

こどもの権利

本院が子どもさんに医療を提供するにあたっては、以下のことを子どもの権利として尊重します。

- ① 子どもたちは1人の人間として尊重され、本人にとって最善の治療を受けることができます。
- ② 子どもたちは自分の病気の状態や自分の受ける治療について、発達段階に応じて十分な説明を受けることができます。
- ③ 子どもたちは自分の受ける治療を決定する話し合いに参加し、意見を表明することができます。
- ④ 子どもたちが自分の受ける治療についての話し合いに参加し、意見を表明することが難しい場合には、ご家族や親権者に代わりに決定してもらうことができます。
- ⑤ 子どもたちは疑問がある時には、医療スタッフに質問し、回答してもらうことができます。
- ⑥ 子どもたちは治療における苦痛を伝え、その苦痛を和らげてもらうことができます。
- ⑦ 子どもたちのプライバシーは守られます。
- ⑧ 子どもたちは発達段階に応じた教育を受けることができます。
- ⑨ 子どもたちは遊びやレクリエーション、文化活動に参加することができます。

2. 学生実習の留意事項

国立がん研究センター中央病院(以下、「当センター」という。)の患者さんや患者さんの家族及び訪れる方は、当センター内で制服などを着ている者は全て当センターの職員として認識されています。日頃から実習に対する姿勢やマナー・接遇を意識し、行動には十分配慮して実習を行って下さい。

(1)実習実施にあたっての姿勢等

- 1) あいさつや会釈は丁寧に言い、患者さんや当センターを訪れる方への対応の際は、適切な言葉使いを心がけて対応して下さい。
- 2) 当センターで実習している以上、当センターの一員であることを認識し、学生同士であっても氏名で呼名し、ニックネームなどは、使用しないようにして下さい。
- 3) 実習の指導者及び教員への報告・連絡・相談は、その実習の重要性を意識し必ず行って下さい。
- 4) 実習中に事故が発生した場合は、速やかに指導者及び教員へ報告して下さい。
- 5) 医療安全対策、感染予防対策に十分留意して行動して下さい。
 - ・一般廃棄物、医療廃棄物の取り扱いに十分注意し、当センターのルールに従い、分別して捨てて下さい。
 - ・発熱、下痢・嘔吐などの症状が出現した場合は、指導者へ申し出て指導者の指示に従って下さい。

(2)基本的なマナー

- ・実習の目的以外に、患者さんや患者さんの家族及び訪れる方と個人的な関わり(電話番号や住所等の交換)は絶対に行わないで下さい。
- ・患者さんなどから金品等は、絶対に受け取らないで下さい。断れない場合は、指導者及び教員へ速やかに報告して下さい。
- ・貸し出している更衣室・休憩室などは、常に整理整頓に留意し清潔に使用して下さい。
- ・当センター敷地内は全面禁煙です。敷地内では絶対に喫煙しないで下さい。

3. 医療安全対策

1)医療安全に関する基本的な考え方

当センターは、以下に則って医療安全に取り組んでおります。そのことから、実習生も同様の取り組みをお願いします。

＊詳細は、「医療事故等防止対策マニュアル①②」、「医療安全ポケットマニュアル」を参照してください。

- (1)医療事故またはその可能性がある事例発生後の対応(患者説明を含む)については実習生個人ではなく、病院として対応し、病院長の指示の基に行う。
- (2)実習生は、当センターにおいて医療事故の可能性のある事例が発生した場合、直ちに発生部署の所属長(リスクマネージャー)へ報告する。また、現場保全を行い、患者の治療及びケアに専念する。
- (3)患者からの相談・苦情の時は、相談支援センターが窓口となって対応し、担当部署及び患者医療対話推進室へ連絡を行う。

2) 実習中における事故発生時の手順(基本ルール)

* 実習中に事故が発生した場合は、指導者及び教員に報告する。指導者は、以下の手順に従い対応する。

(1) 状況把握と二次事故防止

- ① 事故発生の状況を把握する。
- ② 二次事故が起きないような措置を行う。

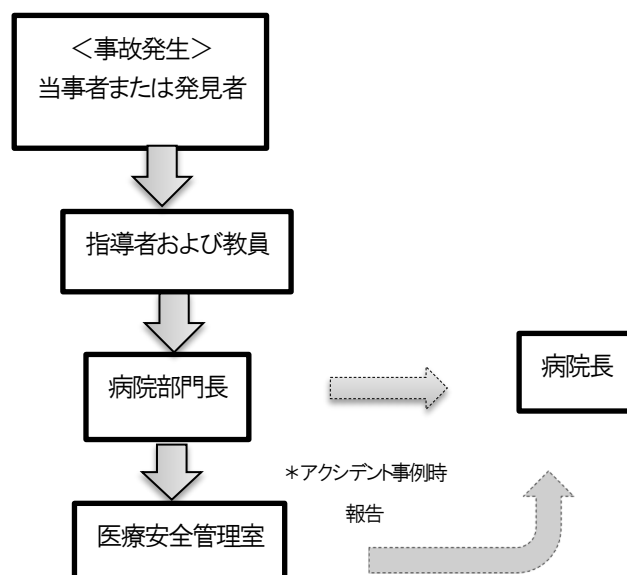
(2) 報告

- ① 当センターにおいて医療事故の可能性のある事例が発生した場合、事故当事者または発見者は、直ちに発生部署の所属長(リスクマネージャー)へ報告する。更に、実習の指導者を通じて病院部門長に事故の報告をする。ただし、緊急を要する場合は、事故当事者、または発見者が直接、病院部門長に事故の報告をする。
- ② 病院部門長は、医療安全管理室へ報告する。なお、アクシデント事例の場合は、病院長へも報告する。
- ③ 報告する内容は、事故発生日時、場所、原因、当事者、事故の経過、対処方法などを詳細に報告する。
- ④ 実習生からの報告様式は、当院の「インシデント報告書」に準ずるものとする。
- ⑤ 事故内容が軽微なものについては、口頭での報告でも可とする。

(3) 事故対応

- ① 現場保全を行い、患者の治療及びケアを最優先に病院部門長と相談の上、迅速かつ最適な方法で対処する。
- ② 事故対応には、二次事故が起きないように十分留意する。

<事故発生時の報告フロー>



4. 院内感染対策

(1) 院内感染対策に関する基本的な考え方

当センターにおける院内感染対策基本方針は感染症の診断の有無に関わらず、すべての患者に対し標準予防策(スタンダードプリコーション)を行うものである。

標準予防策とは、すべての患者の血液、すべての体液(汗を除く分泌物、排泄物)、傷のある皮膚、粘膜は、感染性があるものとして取り扱うことを基本的な考え方とした感染予防対策である。

(2) 標準予防策の具体策

1) 適切な場面で手指衛生を行う。

- ① トイレ使用後、不潔な物に触れた場合などは、手指衛生を徹底する。
- ② アルコールに過敏でなければ、擦込式手指衛生剤を優先して手指衛生を実施する。
- ③ 目に見えて汚染がある場合、有機物に触れた場合は、流水、石鹸で手を洗う。
- ④ 手袋をはずした後は直ちに手指衛生を行う。

2) 感染経路別予防策

感染症のある患者の部屋へ入る場合は、個人防護具(エプロンまたはガウン+手袋)を着用する。

(3) 実習中における感染管理の具体的対応

- ①実習中に発熱や下痢など、感染症の兆候が発生した場合は速やかに指導者へ報告の上、実習を離れ、医療機関を受診する。
- ②受診後は、病院からの指示に従う。
- ③針刺し・切創・皮膚粘膜曝露時は、汚染部位を流水で洗浄後、指導者へ報告する。指導者は部門長に報告する。部門長は院内感染管理者へ報告し指示を受ける。

(4) 感染症への事前対策

- ①学校での健康診断を確実に受ける。
- ②麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘、HBsは原則として抗体を獲得する。

※その他、院内感染対策に関することは、当院の「院内感染対策マニュアル」に基づき、院内感染管理者の指示に従い行動する。

5. 個人情報保護

個人情報とは

個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名・生年月日その他の記述等により特定の個人を認識できるもの(他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む)をいう。

また、診療記録(カルテ)等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当します。

なお、個人情報保護の取扱いについては、法令及び当センターの規程、ガイドライン、実施手順書等を参照してルールに従って対応して下さい。

また、実習上知り得た情報は、いかなる場合であっても他に漏洩しないこと。なお、実習終了後も同様として下さい。

(1) 学生が、実習中に知り得た情報の管理

1) 記録類、メモ類の取り扱い

① 記録類の所持

- ・個人情報記載された記録・メモなどは、持ち歩かないなど、紛失に注意して取り扱って下さい。
- ・個人情報記載された記録・メモなどは、必ずシュレッターにかけて下さい。
- ・記録類を閲覧した場合は、必ずもとの保管場所に戻して下さい。

② パソコンの使用

- ・パソコンには、個人情報資料を入れない。
- ・媒体への保存は、絶対に行わないで下さい。紛失に気付いた場合は、速やかに指導者及び教員へ申し出てください。

2) カルテの閲覧

① 学生には、受入部署の判断により研修の目的に応じて電子カルテID付与を可能とする。

- ・実習中に必要な情報は、指導者の指導のもとカルテ閲覧を行うこと。
- ・電子カルテより記録等は印刷しないこと。
- ・学生は自身の対象患者以外のカルテ閲覧は行わないこと。

② 紙製カルテ類

- ・情報収集が必要な場合は、指導者と共にカルテ閲覧を行う。
- ・閲覧が終了したカルテは、中の書類が露出しないように配慮し、もとの場所に戻して下さい。

6. その他の留意事項

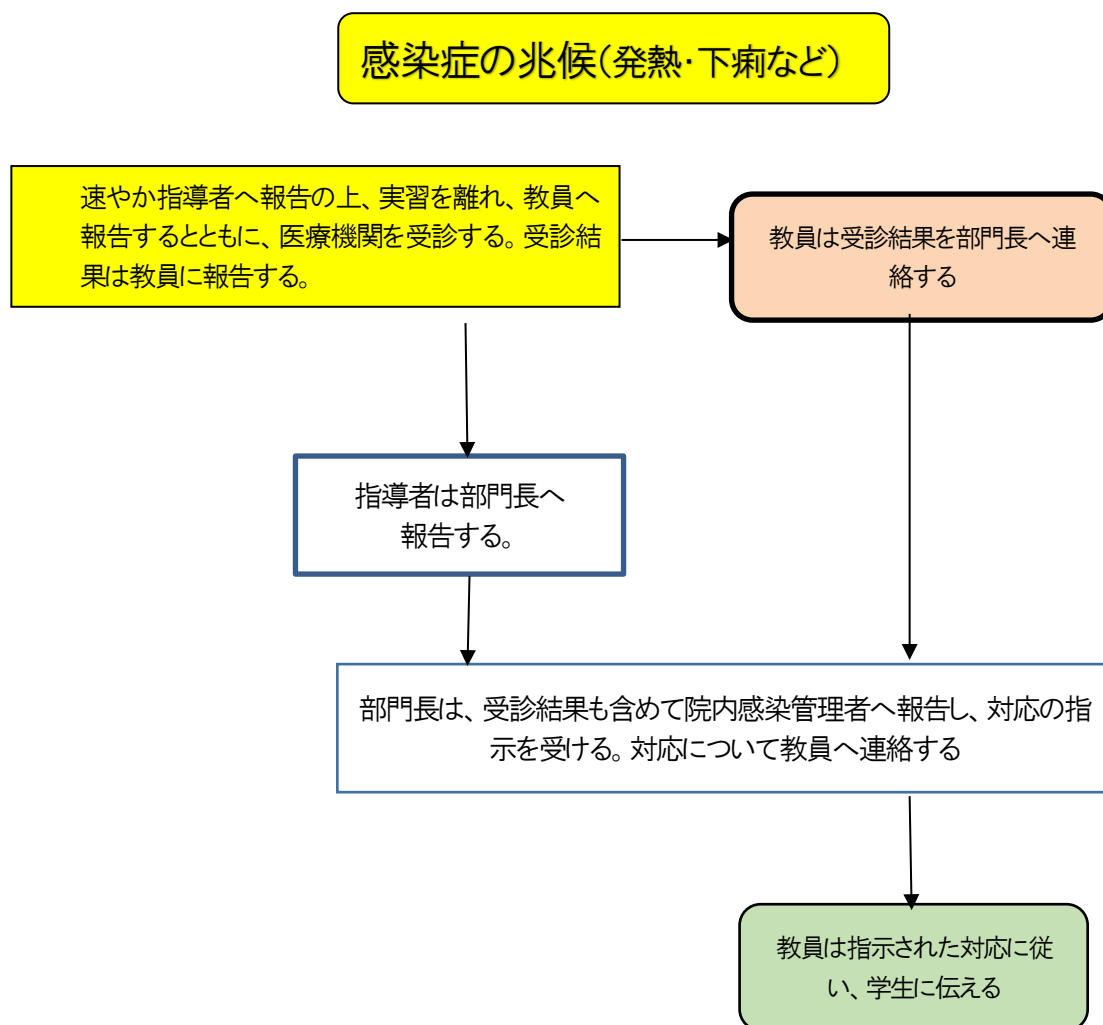
(1) 医療安全対策、感染予防対策、個人情報保護以外の事項については、当センターの諸規程、マニュアルなどに従い業務を行って下さい。

(2) 実習を実施するうえでの疑問点や問題点等については、指導者及び教員に確認して下さい。

(3)実習中に災害が発生した場合は、指導者の指示に従って下さい。

別紙1

【感染症の兆候が発生した場合の対応】



受託実習について

【提出期限】

実習開始の2週間前まで

【提出書類】

- | | | |
|-----|------------|-------------------------------|
| (1) | 受託実習申請書 | 1 通 |
| (2) | 履歴書 | 各 1 通 (A4 サイズ) |
| (3) | 誓約書 | 各 1 通 |
| (4) | 感染症抗体申告書 | 各 1 通 |
| (5) | 感染症抗体検査結果 | 各 1 通 (コピー可) |
| (6) | 手術室入室申込書 | 各 1 通 (中央病院手術室に入る人のみ) |
| (7) | 看護師等免許証の写し | 各 1 通 (資格所有者のみ、A4 サイズに縮小したもの) |

【書類作成にあたっての注意事項】

- ① 受託実習申請書には、必ず公印を押印すること。
基本的に実習は平日のみです。
期間内に実習のない平日が存在する場合、実習日がわかるような記載を加えて下さい。
- ② 履歴書は写真付きの A4 サイズであれば書式は問いません。
- ③ 感染症抗体検査結果について、過去に 2 回のワクチン接種歴が無く、麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎が「陰性」または「基準に満たない陽性」の場合には、実習前にワクチン接種を行って下さい。

【受託実習経費】

	医学生	薬剤学生	薬剤師	栄養士	臨床検査	放射線	理学療法	作業療法	看護学生	看護師	その他
日 額	4,200	①6,480 ②5,500	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,500	6,000	3,000

単位：円（税抜き）

- ① 薬学実務実習コアカリキュラムに基づく実習
- ② 上記以外の実習

■ 提出先 ■

【築地】〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

国立研究開発法人国立がん研究センター

人材育成管理事務局 築地 C 人材育成管理室 人材育成管理係（旧・教育連携係）

連絡先：E-Mail: kyoiku-resi@ncc.go.jp / Tel: 03-3547-5201（内線 3245）

【柏】〒277-8577 千葉県柏市柏の葉 6-5-1

国立研究開発法人国立がん研究センター

人材育成管理事務局 柏 C 人材育成管理室 人材育成管理係

連絡先：E-Mail: kashiwa_kyoren@east.ncc.go.jp / Tel: 04-7133-1111（内線 5551）

履 歴 書

ふりがな					写 真 必 須
氏 名					
生年月日	西暦 年 月 日 生 (歳) 男・女				
現 住 所	〒 電話：				
日中の連絡先					年 月 現在
E-mail					
学 歴	高等学校 年 月 日 入学、 年 月 日 卒業 大学 学部 年 月 日 入学、 年 月 日 卒業 大学大学院 年 月 日 入学、 年 月 日 卒業				
勤 務 歴 研修・研究開始日時点の所属施設も記入	勤 務 期 間		施 設 名	部署・科名	指導者
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
	年 月 日 ～ 年 月 日				
医師免許	医籍登録 年 月 日 第 号				
資 格	(学位) 1 無 ・ 2 有 (年 月 日 取得)				
健康状態 (既往歴)			趣 味 スポーツ		
その他					

国立研究開発法人 国立がん研究センター
理事長 殿

誓 約 書

今般、国立研究開発法人国立がん研究センター内にて研修・見学等をするにあたり、知り得た患者の情報及びセンター内の業務上の情報について、研修・見学等の期間内及び終了後も、秘密を保持することをお約束します。また、当センターの個人情報保護に関する規程を遵守します。

ただし、以下に該当する情報を除きます。

1. 研修・見学により提供を受ける以前に、私が自ら保有していた情報又は公知の情報
2. 研修・見学により提供を受けた後、私の責によらないで公知となった情報
3. その他、秘密を対象としないこととした情報

____年 ____月 ____日

氏 名 _____ (印)

所 属 施 設 名 _____

所属施設住所 _____

感染症抗体申告書

流行性ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）ワクチン接種歴・抗体価 確認票

記入日： 20 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
所属施設		職種	
従事形態	☐ 受託実習生 ☐ 任意研修生 ☐ 客員・外来研究員 ☐ ダヴィンチ手術症例見学 ☐ 病院見学	開始日	年 月 日

【必須】麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎
ワクチン接種歴、抗体検査の結果を記入してください。接種歴が2回ある場合は検査は不要です。

	麻疹 (はしか)	風疹 (三日はしか)	水痘 (みずぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
①ワクチン接種歴 (月日まで記入)	接種回数 回	接種回数 回	接種回数 回	接種回数 回
	接種日：	接種日：	接種日：	接種日：
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
②抗体検査結果 抗体価判断基準は 別紙参照のこと	検査日：	検査日：	検査日：	検査日：
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検査法： ☐ EIA(IgG) ☐ PA ☐ NT(中和法)	検査法： ☐ EIA(IgG) ☐ HI ☐ その他()	検査法： ☐ EIA(IgG) ☐ IAHA ☐ その他()	検査法： ☐ EIA(IgG)
	抗体価数値：	抗体価数値：	抗体価数値：	抗体価数値：

以下1～3のいずれかにチェックを入れてください。 ↓

☐ 1. ①で4疾患すべてに対して各々2回のワクチン接種歴があり、それを証明できる書類がある

☐ 2. ①で2回のワクチン接種歴のない疾患に対し、②で抗体価陽性であり、それを証明できる書類がある

☐ 3. 1.2.を満たさないため、研修前に必要なワクチンを接種し、接種証明書類を提出する予定である

ワクチン接種歴・抗体検査結果 記載方法

- ①ワクチン接種歴： 記入日時点でのワクチン接種歴を記載してください（3回以上ある場合は余白に記入）。ワクチン接種を証明できる書類（母子手帳、予防接種証明書 等）のコピーを必ず添付してください。添付がない場合は無効となります。
- ②抗体検査結果： ①で各々2回以上のワクチン接種歴を証明する書類がない場合、追加のワクチン接種を行い接種を証明できる書類を提出するか、②過去の抗体検査結果を記入してください。
検査結果（測定法と抗体価の数値記載）のコピーを必ず添付してください。

※2回のワクチン接種歴がなく、抗体価が基準値（別紙参照）に満たない場合には、研修・見学開始日前に追加のワクチン接種を行い、接種を証明できる書類を提出してください。
原則、免疫獲得後でなければ研修・研究等は認められませんのでご注意ください。

【任意】B型肝炎
血液の曝露を受ける可能性もあるため、抗体陰性の方は可能な限りワクチン接種を推奨します。

HBs 抗体	+ ・ - ・ 不明	ワクチン接種 回数・接種歴	未・1回・2回・3回	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日
--------	------------	------------------	------------	--

感染症抗体申告書に関する書類提出のお願い

当院では、流行性ウイルス性疾患(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎)は発症すると重症化の可能性のみならず、がん患者や他の医療関係者への感染源となるため、来院前の免疫獲得にご協力をお願いしています。病院(病院棟、診療棟)に立ち入る方は、「日数」・「見学/研修」・「患者様との接触の可能性」に関わらず、『感染症抗体申告書』(本人記入)およびそれらを証明する記録の提出をお願いいたします。

流行性ウイルス性疾患の免疫を獲得しておらず、ワクチン未接種の場合は、**原則として病院内見学/研修は認めておりません。**免疫獲得のない見学/研修者を受け入れ、万が一、見学/研修者が原因と考えられる院内感染が発生した場合、**受入責任者の責任**となり、疫学的調査、感染対策等の必要な対応をすることになります。

当院における免疫獲得基準について

当院では、日本環境感染学会のワクチンガイドラインに準じて、以下①～③のいずれかに該当する場合に“免疫を獲得した”と定義しております。

- ① 1歳以上で、2回の予防接種記録がある
- ② 抗体価がガイドラインに示された基準を満たしている
- ③ 抗体価が基準を満たさない陽性と判断されたが、その後の予防接種記録がある

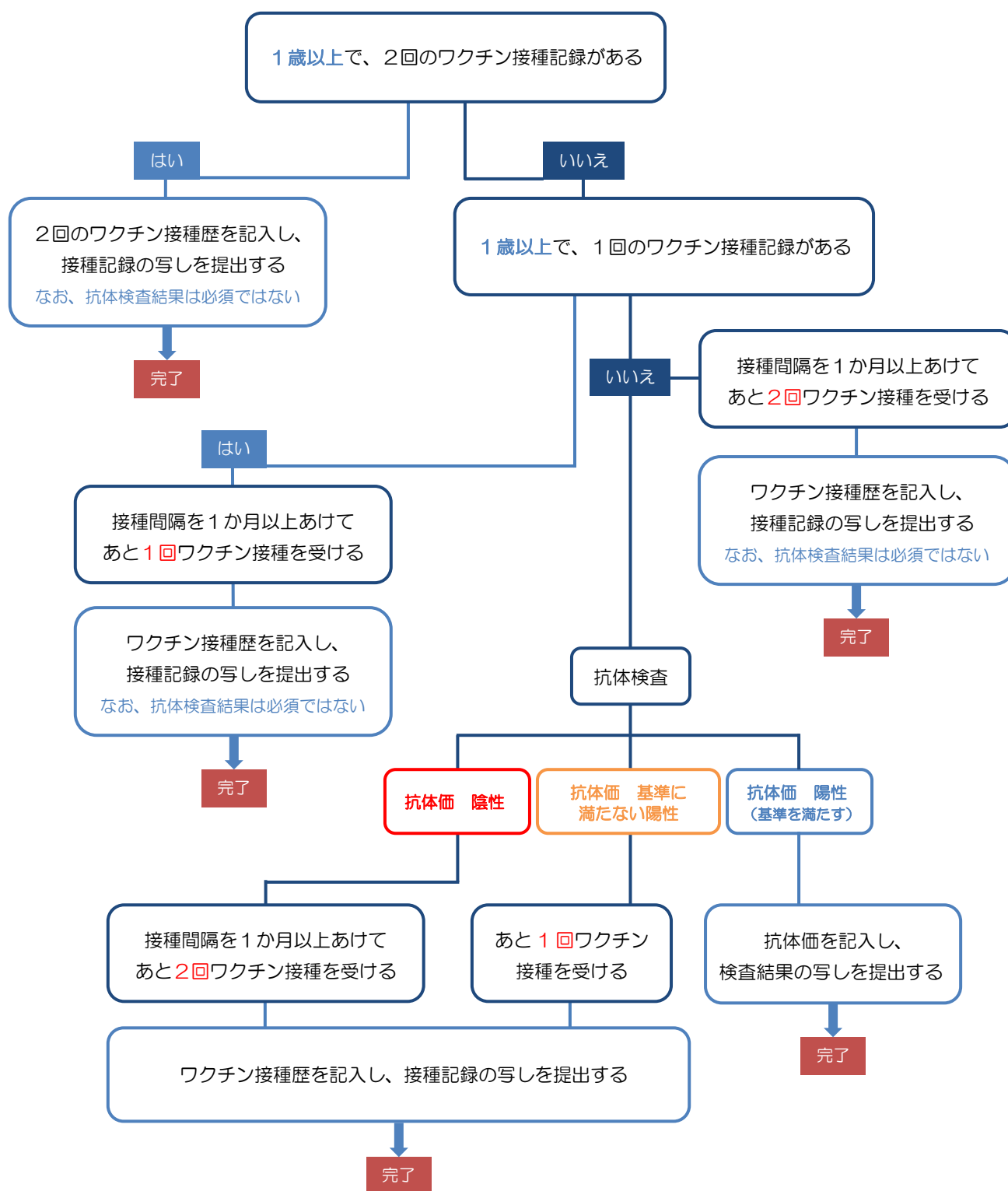
免疫を獲得していない場合は以下の対応を行ってください

- 予防接種記録が1回もなく、抗体検査結果の提出がない者に対しては、**抗体検査実施**または**2回のワクチン接種**を推奨する
- 予防接種記録が1回もなく、抗体価が陰性の者に対しては、**2回のワクチン接種**を推奨する
- 予防接種記録が1回もなく、抗体価が基準を満たさない陽性のものに対しては、**1回のワクチン接種**を推奨する
- 1回の予防接種記録があり、抗体検査結果の提出がない又はワクチン接種後の抗体価が**基準を満たさない陽性または陰性**の者に対しては、**1回のワクチン接種**を推奨する

検査方法と判断基準の目安 (日本環境感染学会『医療者のためのワクチンガイドライン第3版』(2020年)準拠)

疾患名	検査方法	陰性	基準を満たさない陽性	陽性
		ワクチン接種あと2回必要	ワクチン接種あと1回必要	ワクチン接種不要
麻疹 (はしか)	EIA 法 (IgG)	2 未満	2～15.9	16 以上
	PA 法	16 倍未満	16 倍、32 倍、64 倍、128 倍	256 倍以上
	中和法	4 倍未満	4 倍	8 倍以上
風疹 (三日はしか)	HI 法	8 倍未満	8 倍、16 倍	32 倍以上
	EIA 法 (IgG)	2 未満	2～7.9	8 以上
	EIA 法 (IgG)	ΔA0.100 未満 ※：陰性	30IU/mL 未満	30IU/mL 以上
	ELFA 法	10IU/mL 未満	10 以上 45IU/mL 未満	45IU/mL 以上
	LTI 法	6IU/mL 未満	6 以上 30IU/mL 未満	30IU/mL 以上
	CLEIA 法	10IU/mL 未満	10 以上 45IU/mL 未満	45IU/mL 以上
	CLEIA 法	抗体価 4 未満	抗体価 4 以上 14 未満	抗体価 14 以上
	FIA 法	抗体価 1.0AI 未満	抗体価 1.0 以上 3.0AI 未満	抗体価 3.0AI 以上
	FIA 法	10IU/mL 未満	10 以上 30IU/mL 未満	30IU/mL 以上
	CLIA 法	10IU/mL 未満	10 以上 25IU/mL 未満	25IU/mL 以上
水痘 (水ぼうそう)	EIA 法 (IgG)	2 未満	2～3.9	4 以上
	IAHA 法	2 倍未満	2 倍	4 倍以上
	中和法	2 倍未満	2 倍	4 倍以上
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	EIA 法 (IgG)	2 未満	2～3.9	4 以上

免疫獲得フローチャート



問合せ先：
国立がん研究センター中央病院 感染制御室
kansen-koutai@ml.res.ncc.go.jp

■ 感染症抗体関連書類の提出に関するQ&A

更新日：2023年7月7日

対象	①受託実習生 ②任意研修生 ③客員研究員 ④外来研究員 ⑤連携大学院生 ⑥ダヴィンチ手術症例見学者 ⑦病院見学者のうち、病院棟・診療棟に立ち入る可能性がある者（コンビニ利用含む）
受入れ先	築地キャンパス全施設（中央病院／研究所／がん対策研究所／研究支援センター／がんゲノム情報管理センター）

No.	分類	質問	回答
1	対象について	研修・研究場所が「中央病院」ではないが、感染症抗体申告書の提出対象となるか。	病院棟・診療棟に立ち入る方は、コンビニのみ利用する場合等も含め全て対象となります。
2	対象について	「研究所」や「がん対策研究所」が主な研修・研究先だが、検体の受け渡しなど病院棟への一時的な立ち入りや作業が発生する場合も対象となるか。	病院棟・診療棟に立ち入る方は、一時的な立ち入りであっても対象となります。
3	対象について	学生の引率として教員も来る場合、教員も対象となるか。	病院（病院棟・診療棟）に立ち入る方は対象となります。
4	提出書類について	「ワクチン接種歴を証明する書類」とはどのようなものか。	母子手帳の写しや、病院・クリニック発行の接種証明書・領収証の写しなどをご用意ください。ご勤務先の病院・学校で接種歴を管理されている場合、病院・学校の担当部署発行のワクチン接種歴の写しでも構いません。母子手帳の写しや、病院・クリニック発行のもので接種日、接種したワクチン名の記載があれば書式は問いません。
5	提出書類について	「ワクチン接種歴を証明する書類」は、接種日が記載されたものの写しであればどのようなものでもよいか。	母子手帳の写しや、病院・クリニック発行の接種証明書・領収証の写しなどをご用意ください。ご勤務先の病院・学校で接種歴を管理されている場合、病院・学校の担当部署発行のワクチン接種歴の写しでも構いません。母子手帳の写しや、病院・クリニック発行のもので接種日、接種したワクチン名の記載があれば書式は問いません。
6	提出書類について	「抗体検査結果」、「ワクチン接種歴を証明する書類」の提出は必須か。（「感染症抗体申告書」のみの提出は認められないという認識でよいか）	抗体検査結果、ワクチン接種歴を証明する書類の提出は必須です。
7	提出書類について	検査結果はいつのもの（何年前のもの）でもよいか。	特に期限はありません。
8	提出書類について	母子手帳の写しをスキャンできる環境にない。どうすればよいか。	写真データで提出いただいても構いません。
9	提出書類について	過去にワクチン接種していることは確かだが、証明する書類を出すことができない。感染症抗体申告書の接種歴に日付を記入すれば証明書類は提出しなくてもよいか。	接種歴を証明する書類の提出は必須です。接種歴を証明する書類を提出できない場合は、検査結果に基づきワクチン接種いただく必要があります。
10	提出書類について	●研修・研究開始前に書類を揃えられないがどうすればよいか。 ●検査結果待ちで、申請期限までに感染症抗体関連の書類を提出することができない。どうすればよいか。 ●研修・研究開始前にワクチン接種を完了できないがどうすればよいか。	原則、免疫獲得しておらず、ワクチン接種歴もない場合は研修・研究開始が認められません。 免疫を獲得せずに研修を受け入れ、万が一、見学/研修者が原因と考えられる院内感染が発生した場合は受入責任者の責任となり、疫学的調査、感染対策等の対応をしていただきます。 【免疫獲得前に申請のみ行う場合】 申請コメントに感染症抗体関連書類を後日提出することを明記し、申請してください。感染症抗体関連書類は後日届き次第、人材育成管理係へメール送付してください。
11	検査・ワクチン接種について	過去にワクチン接種歴はないが罹患歴はある。ワクチン接種しなければならないか。	既罹患であっても、最新の検査結果で「基準に満たない陽性」または「陰性」の場合はワクチン接種が必要です。
12	検査・ワクチン接種について	抗体価の検査方法に指定はあるか。	「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版」に記載の検査法で実施してください。こちらに記載されていない検査法で検査したものは認められません。（「感染症抗体申告書に関する書類提出のお願い」参照）
13	検査・ワクチン接種について	今までワクチン接種したことが無いが、抗体検査をしたところ全て「陽性」だった。ワクチン接種は不要でよいか。	検査結果で、ガイドラインに沿った検査法で基準を満たす「陽性」であればワクチン接種は必要ありません。
14	検査・ワクチン接種について	検査結果で「陰性」または「基準を満たさない陽性」でも、1歳以上で2回のワクチン接種歴を証明できれば追加接種は必要ないか。	必要ありません。

15	検査・ワクチン接種について	過去に一度もワクチン接種歴が無く「陰性」の場合は、2回のワクチン接種が完了するまで研修は認められないのか。	1回の接種後、1ヵ月以上あけて2回目を接種し、接種を証明する書類を提出すれば研修開始が認められます。この対応ができない場合は原則研修開始は認められません。
16	検査・ワクチン接種について	過去に一度もワクチン接種歴が無く「基準を満たさない陽性」の場合は、1回のワクチン接種を行えば研修は認められるか。 その際ワクチン接種を証明する書類の提出は必須か。	検査後、1回ワクチン接種いただければ免疫獲得とみなします。 ワクチン接種を証明する書類は必須です。
17	検査・ワクチン接種について	ワクチン接種後に抗体検査しなければならないか。	ワクチン接種を証明する書類があれば抗体検査は不要です。
18	検査・ワクチン接種について	4種感染症でワクチン接種が必要なものがある。COVID-19ワクチンの接種を予定しているが、どちらを優先すべきか。	どちらも重要なワクチンではありますが、当院へ来院される日程によっては、4種感染症を優先してワクチン接種をお願いいたします。
19	検査・ワクチン接種について	近くのクリニックにムンプスのワクチン接種を予約しようとしたところ、ワクチンが不足しており予約できないと言われた。どうすればよいか。	他にムンプスワクチンの在庫がある病院を探していただき、接種をお願いします。 （海外渡航者用外来がある病院はある程度のワクチンを保持していると思われます）
20	検査・ワクチン接種について	レジデント勤務歴があるが、提出は必要か？	必要となります。
21	抗体価について	検査結果で「＋」と記載されていれば陽性か。	陽性とは限りません。検査結果の「＋」や「－」を見るのではなく、検査法と数値を確認してください。 必ず「抗体価判断基準表」を確認し、この表に基づいて「陽性」「基準を満たない陽性」「陰性」を記入してください。
22	抗体価について	検査結果が「基準を満たない陽性（±）」で追加接種をしたが抗体価が陽性の数値にならない。どうすれば良いか？	「基準を満たない陽性（±）」の後、1回ワクチン接種いただければ免疫獲得とみなしますので、「陽性」の数値にならない場合も受入可といたします。
23	抗体価について	検査結果は「基準を満たない陽性（±）」であるが、既に追加接種済みである。申告書は±として提出するのか？	感染症抗体申告書には検査結果の「基準を満たない陽性（±）」として記入いただき、ワクチンを接種した日付を明記してください。
24	抗体価について	過去の検査結果では「陽性」だったが、最新の検査結果では「基準を満たない陽性」になっているものがあった。過去に「陽性」の検査結果があるので、ワクチン接種は必要ないか。	最新の検査結果を基にご対応ください。 今回の場合、「基準を満たない陽性」のため、あと1回のワクチン接種が必要です。 （但し、過去2回のワクチン接種歴を証明できる場合は、追加のワクチン接種は不要です）
25	抗体価について	麻疹がHI法で「＋」だったが、「陽性」として記入してよいか。（過去に麻疹ワクチンの接種歴はない）	麻疹ではHI法はガイドライン上認められていません。EIA法等で検査いただくか、2回のワクチン接種をお願いいたします。
26	抗体価について	風疹がCF法の検査結果しかなかったが、この検査結果を使用してよいか。	CF法はガイドライン上認められていません。EIA法等で検査いただくか、2回のワクチン接種をお願いいたします。
27	その他確認	『感染症抗体申告書に関する書類提出のお願い』に「免疫を獲得しておらず、ワクチン接種が実施されなかった場合は、原則として病院内見学／研修は認めない」とあるが、認められる場合はどのような場合か。（アレルギーなどでワクチン接種ができない場合？）	原則として病院内見学/研修は免疫獲得しておらず、ワクチン接種歴もない場合は認められないため、アレルギーなどでワクチン接種ができない場合などは、感染制御室にご相談ください。
28	その他確認	B型肝炎の抗体検査やワクチン接種は必須か。	B型肝炎の抗体検査、ワクチン接種歴の提出、ワクチン接種は推奨しますが必須ではありません。
29	その他確認	COVID-19ワクチンの接種は必須か。	推奨しますが、必須ではありません。
30	その他確認	胸部レントゲン、インフルエンザの予防接種証明書は提出しなくてもよいか。	必須書類ではありませんので、提出いただかなくて構いません。

手術室入室申込書

国立研究開発法人 国立がん研究センター
中央病院長 殿

申 込 日 年 月 日

申込者氏名

職 種 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 学生 ☐ その他:

所属施設名

住 所

電話番号

この度は貴施設において下記のとおり手術室に入室をしたく、ご許可いただきますようお願いいたします。

記

1. 期間 自 年 月 日 () 曜日
至 年 月 日 () 曜日

2. 研修・実習担当者

※所属科以外の診療科の手術に入る場合は、その診療科、担当医師もご記入ください。

診療科：

担当医師名：

3. 入室目的

なお、許可をいただくにあたり、以下の事項について遵守いたします。

1. 手術室において知り得た秘密については、実習・研修終了後も継続して保持いたします。
2. 許可を受けた場所以外に立ち入ることはいたしません。
3. 研修・実習担当者の指示に従い、勝手な行動はいたしません。

以上

施設名 昭和大学病院

所在地 東京都 井整理番号 29

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
- え
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか
- ・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

個人情報機密保持誓約書（当院指定の書式）

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

依頼状、実習要綱、実習委託契約書（実習謝礼金額明記、必要の場合は当院書式あり）

振込通知書（実習終了後）（内容：施設名、振込金額、振込予定日、振込名義、実習期間、人数）、抗原検査結果

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会（メールでも可）
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 順天堂大学医学部附属順天堂医院

所在地 東京都 井整理番号 30

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) ~~履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか~~ はい ・ ~~いいえ~~

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え 下記の履歴書

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

新型コロナウイルス感染症防止のための申請書（正式依頼状に提示済み）

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

院長宛（筆頭者）へ研修依頼状を郵送済み

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

施設名 帝京大学医学部附属病院

所在地 東京都

〒整理番号 32

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか
え はい ・ ☒ いい

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会」^[3]
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス ・ ☒ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

①ウイルス抗体価検査結果報告書

※併せて測定値の根拠資料（健康診断結果の写し）、ワクチン接種証明の根拠資料
（接種証明、母子手帳の写しなど）もご提出ください。

②誓約書③研修申請書④資格免許証の写し

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

研 修 申 請 書

年 月 日

東京医科歯科大学病院長 殿

申請者氏名 ⑩

年 月 日から 年 月 日まで、貴院 において研修いた
したいので下記のとおり申請します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
現 住 所	〒				
最 終 学 歴	年 月 日 (卒 業 ・ 修 了)				
資 格 取 得	年 月 日				
研 修 目 的					
職 歴					

記入例

ウイルス抗体価検査結果報告書

所属機関名	〇〇〇〇専門学校	実習(研修)診療科名	〇〇〇〇科
		実習(研修)期間	2022年〇月〇日～〇月〇日
フリガナ	イカシカ タロウ	生年月日	(男)・女
氏名	医科歯科 太郎	20〇〇年 〇月 〇日	(満 〇〇 歳)

当院では、医療関連感染を防止し患者と職員の安全を確保するために、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(ムンプス)・B型肝炎の抗体保有の証明またはワクチン2回接種の証明を実習受け入れの必須要件としています。つきましては、各項目についてEIA法で(HBs抗体の場合はEIAまたはCLIA法で)検査を受けた結果を記入し、証明書(検査結果用紙など)と合わせてご提出ください。抗体価が基準値を満たさない場合は、下表に従いワクチンを接種をお願いいたします。なお、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎については、2回のワクチン接種を証明する書類を提出できる場合は抗体検査やワクチン接種を受ける必要はありません。接種を証明する書類(接種記録や母子手帳のコピーなど)の提出をお願いします。

※ この証明は将来あなたが医療機関で勤務する際にも必要となります。提出書類の原本をご自身で保存し、御活用ください。

診 断 事 項

項目	検査日	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	必要な対応(測定値に○)			ワクチン接種日
				対応不要	ワクチン 1回接種	ワクチン 2回接種	
麻疹	2015年〇月〇日	EIA(IgG)	±	≥16.0	(±)～15.9	陰性	2015年〇月〇日 年 月 日
風疹	2014年〇月〇日	EIA(IgG)	12.0	≥8.0	(±)～7.9	陰性	年 月 日 年 月 日
水痘	2016年〇月〇日	EIA(IgG)	2.0	≥4.0	2.0～3.9	<2.0	2016年〇月〇日 年 月 日
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	2016年 〇月 〇日	EIA(IgG)	陰性	陽性	(±)	陰性	2016年〇月〇日 2016年〇月〇日
HBs抗体	2016年 〇月 〇日	EIA CLIA	10.0 >	≥10 mIU/mL	ワクチン接種日	1回目 2回目 3回目	2016年〇月〇日 2016年〇月〇日 2016年〇月〇日

注:

- ・ 実習日より5年以内の検査結果を記入する事。
- ・ HBs抗体が基準値を満たさない場合は3回のワクチン接種を実施す。

検査方法は全てEIA法またはCLIA法でお願いいたします。
違う検査方法の場合は、EIA法またはCLIA法の
基準を満たすか検査機関にお問い合わせください。

測定値のみで陽性か±か陰性かわからない場合は、当院ではなく
検査機関にお問い合わせいただきます
ようお願いいたします。

【提出場所】

〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45
国立大学法人 東京医科歯科大学病院 総務課総務係

【提出締切日】

年 月 日 () (実習開始1ヶ月前)

※提出が不要となる場合を除き、測定値を証明する検査結果
用紙等およびワクチン接種を証明する領収書等の提出漏れ
のないようくれぐれもご留意ください。
(書類に不備がありますと受入ができません)

ウイルス抗体価検査結果報告書

所属機関名		実習(研修) 診療科名	
		実習(研修)期間	
フリガナ		生年月日	男 ・ 女
氏 名			(満 歳)

当院では、医療関連感染を防止し患者と職員の安全を確保するために、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(ムンプス)・B型肝炎の抗体保有の証明またはワクチン2回接種の証明を実習受け入れの必須要件としています。つきましては、各項目についてEIA法で(HBs抗体の場合はEIAまたはCLIA法で)検査を受けた結果を記入し、証明書(検査結果用紙など)と合わせてご提出ください。抗体価が基準値を満たさない場合は、下表に従いワクチンを接種をお願いいたします。なお、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎については、2回のワクチン接種を証明する書類を提出できる場合は抗体検査やワクチン接種を受ける必要はありません。接種を証明する書類(接種記録や母子手帳のコピーなど)の提出をお願いします。

※ この証明は将来あなたが医療機関で勤務する際にも必要となります。提出書類の原本をご自身で保存し、御活用ください。

診 断 事 項

項目	検査日	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	必要な対応(測定値に○)			ワクチン接種日
				対応不要	ワクチン 1回接種	ワクチン 2回接種	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 16.0	(±) ~ 15.9	陰性	年 月 日 年 月 日
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 8.0	(±) ~ 7.9	陰性	年 月 日 年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4 .0	2.0 ~ 3.9	< 2.0	年 月 日 年 月 日
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	年 月 日	EIA(IgG)		陽性	(±)	陰性	年 月 日 年 月 日
HBs抗体	年 月 日	EIA CLIA		≥ 10 mIU/mL	ワクチン接種日	1回目 2回目 3回目	年 月 日 年 月 日 年 月 日

- 注;
- ・ 実習日より5年以内の検査結果を記入する事。
 - ・ HBs抗体が基準値を満たさない場合は3回のワクチン接種を実施する。

【提出場所】 〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45
東京医科歯科大学病院 総務課総務係

【提出締切日】 年 月 日 () (実習開始1ヶ月前)

誓 約 書

私は、貴院における規則を遵守するとともに、知り得た情報は外部に絶対漏らさないことを誓います。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

施設名 国立大学法人 東京大学医学部附属病院 所在地 東京都 #整理番号 36

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 [胸部エックス線結果 (1年以内)]

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ インフルエンザ ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

※ 3)～6) につきましては 下記(10) HP をご確認ください。

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

※ 提出書類につきましては 東大病院総合研修センター「研修の手続き」をご確認下さい。

<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/soken/practice/training/> 

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ☐ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [インフルエンザ]

* 検査結果の提出は不要

- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ ☒ いいえ
* 認定輸血検査技師制度協議会との契約書が必要
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい
研修依頼書、病院実習に関する契約書

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

トップページ > 病院実習・見学について > ウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願い

病院実習・見学について

ウイルス抗体検査及びワクチン
接種に関するお願い

NST専門療法士について

ウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願い

各位

平成26年9月1日

東邦大学医療センター大森病院
病院事務課

ーウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願いー

当院で見学・実習・研修・指導等する皆様の健康と、皆様を発端とした感染の拡大を予防することを目的に、下記の基準を定めております。基準を満たさない対象者は院内活動はできません。ご理解・ご協力の程よろしくお願い致します。

対象者

院内で見学・実習・研修・指導等を実施する予定があり、その期間中に患者と直接接する研修生並びに関係者

対象疾患と基準

見学・実習・研修・指導等開始までに下記の疾患について予防可能な状態（予防接種の実施または抗体価検査測定）にさせていただきますようお願い申し上げます。
※ワクチン歴・罹患歴・抗体価のいずれかの基準値を満たすこと
ワクチン接種する場合、研修開始2週間前までに接種することが望ましい

	麻疹(はしか)	風疹(3日はしか)	ムンプス(おたふくかぜ)	水痘(水ぼうそう)	インフルエンザ
ワクチン歴	2回	2回	2回	2回	最新流行期 1回以上
	参考：MRワクチン（麻疹・風疹混合）、MMRワクチン（麻疹・風疹・おたふく混合）				
罹患歴	—	—	あり	あり	—
抗体価（いずれかの検査法で基準値以上）	EIA法のIgG抗体 16.0以上	EIA法のIgG抗体 8.0以上	EIA法のIgG抗体陽性	EIA法のIgG抗体陽性	
	PA法 256以上	HI法 32以上	—	IAHA法 8以上	—
	中和（NT）法 8以上	—	—	—	—

検査結果は、当院へ提出していただく必要はありません（皆様の施設で管理を行って下さい）

問い合わせ

TEL 03-3762-4151（代）
受入れについて：事務部 総務課 内容について：感染管理部

[サイトマップ](#) [プライバシーポリシー](#) [このサイトについて](#)

[このページのトップへ](#)

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
TEL. 03-3762-4151（代表）

羽田空港クリニック
（第2ターミナル）

羽田空港
第3ターミナルクリニック

東邦大学医療センター
大橋病院

東邦大学医療センター
佐倉病院

COPYRIGHT(C) TOHO-UNIVERSITY ALL RIGHTS RESERVED.

トップページ > 病院実習・見学について > 新型コロナウイルス感染対策に関するお願い（学外の方へ）

病院実習・見学について
ウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願い
NST専門療法士について

新型コロナウイルス感染対策に関するお願い（学外の方へ）

2023年8月9日

各位

東邦大学医療センター大森病院
病院事務部

当院では、コロナウイルス感染拡大防止を目的に下記の感染対策を実施しております。
見学・実習・研修等で当院にお越しの皆さまには、ご理解・ご協力の程よろしくお願いいたします。

1）院内活動時の注意点

- 当日の体調を確認する。
- 院内では不織布マスクを着用する。
- 休憩などでマスクを外すときは他者と1メートル以上あける。

2）体調不良時

- 責任者に報告
- 37.5℃以上の発熱者は解熱後1日（24時間）まで活動停止
- 発熱および以下の症状がある場合は受診または抗原定性検査^{*1}を実施
のどの違和感や痛み、咳、鼻水、倦怠感、味覚・嗅覚異常、消化器症状など
- 検査陰性でも症状が強い場合や嘔吐・下痢がある場合は、院内活動を控える

^{*1}抗原定性検査は「研究用」ではなく国が承認した「体外診断用医薬品」又は「第1類医薬品」とする。

3）新型コロナウイルスの検査が陽性となった場合

発症から7日間は院内活動を停止し、責任者に報告

4）陽性者と濃厚に接触^{*2}した場合

責任者に報告の上、最終接触から5日間は以下の対応とする。

- 院内活動をする前に毎日、抗原定性検査で陰性を確認できた場合は、院内活動は可。ただし、症状出現時は検査陰性でも院内活動を停止
- 検査ができない場合は院内活動を停止。症状が出たら受診または検査実施

^{*2}陽性者の発症2日前～隔離するまでの接触（1メートル以内、15分以上、マスクなし）または同居者

【問い合わせ】
TEL：03-3762-4151（代）
受入れについて： 事務部 総務課
内容について： 感染管理部

[サイトマップ](#) [プライバシーポリシー](#) [このサイトについて](#)

[このページのトップへ](#)

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
TEL. 03-3762-4151（代表）

羽田空港クリニック
（第2ターミナル）

羽田空港
第3ターミナルクリニック

東邦大学医療センター
大橋病院

東邦大学医療センター
佐倉病院

COPYRIGHT(C) TOHO-UNIVERSITY ALL RIGHTS RESERVED.

施設名 東京医科大学病院

所在地 東京都 井 整理番号 39

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 東京女子医科大学病院

所在地 東京都

井整理番号 40

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え 当院書式の健康確認シートに当日記入し提出

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

当院書式の誓約書を当日記入し提出

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 1年以内 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス ・ ☒ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 当院様式あり 〕

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

当院様式あり

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ ☒ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

承諾書、契約書

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

受託実習生へのワクチン接種・抗体検査について(お願い)

【必須】麻疹・風疹・水痘・ムンプス

当院では感染対策のため、4種のウイルス(麻疹、風疹、水痘、ムンプス)について、実習生に2回の当該ワクチン接種歴あるいは基準値以上の抗体保有の証明を求めています。2回のワクチン接種歴を証明できない場合は足りない回数分のワクチンを接種するか、抗体検査を受けて基準値以上の抗体価があることの証明を提出してください。抗体価が基準値に満たない場合は、追加接種をして下さい。

※別紙1記入及び書類添付(医療機関、教育機関等が発行した検査結果・ワクチン接種証明・母子手帳・問診表・領収書等)

【必須】B型肝炎

病院内では血液の曝露を受ける事もあるため抗体陽性であることをお願いしております。抗体検査やワクチン接種歴のある方は別紙 1 に記入し、検査結果またはワクチンの接種証明書を提出してください。

【注意事項】

- ・実習開始日までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、入室制限などが生じる場合があります。
- ・ワクチン接種は接種間隔を 1 カ月以上空けなければならないものもあります。
そのため検査は十分な時間的余裕を持って受けるようにお願いします。
- ・アレルギー・基礎疾患等でワクチン接種を受けることができない場合は医師の診断証の提出をお願いします。
- ・指定した検査方法以外では判定できませんので必ず指定した方法で受けるようお願い致します。

※詳細は環境感染学会ガイドラインを参照してください。

東京医科大学八王子医療センターで実習を希望する方へ

東京医科大学八王子医療センター
衛生委員会・感染対策委員会・総務課

患者と接触する可能性のある実習生は伝染力の強い細菌やウイルスに暴露する機会が多く、自分自身を感染症から守り、患者への感染を防止するため、免疫を獲得して実習を行うことが必要です。

実習開始前に免疫の状態を確認します。下記に記入し、必要な書類を添付してください。

名 前： 所 属：

実習期間： 受入部署：

【1】小児感染性ウイルス(麻疹、風疹、水痘、ムンプス)に対する抗体価またはワクチン接種歴

	血清抗体価 (IgG EIA 法)	測定日	抗体価 基準値	抗体価が基準値未満の場合 ワクチン接種歴
麻疹(はしか)			16以上	
風疹(3 日はしか)			8以上	
水痘(水ぼうそう)			4以上	
ムンプス(おたふくかぜ)			4以上	

注1 抗体の測定法はEIA 法を指定します。

注2 測定結果のコピーまたは医療機関/所属施設からの証明書(抗体価/ワクチン接種)または母子手帳等ワクチン接種記録(写)を添付してください。

【2】B 型肝炎

	結果	測定日	抗体価基準値	抗体価が基準値未満の場合 ワクチン接種歴
HBs抗体			10以上	

注3 抗体価が10未満の場合は、ワクチン接種(3回)の接種証明書を添付してください。

注4 HBs抗原陽性またはB型肝炎既往がある場合は、抗体の証明は不要です。その旨記載ください。

【3】SARS-Cov2(新型コロナウイルス) ワクチン接種歴 (有 ・ 無)

有の場合 最終接種日(回目) 年 月

注5 接種記録を添付してください。

【4】インフルエンザワクチン接種歴 (有 ・ 無)

有の場合 最終接種日 年 月

注6 【3】と【4】の接種は必須ではありませんが、当院は接種を推奨しています。

【5】外来や病棟で患者に接する実習をする場合は、1年以内の健康診断結果(胸部レントゲン項目含む)を添付してください。

※基礎疾患等でワクチン接種が困難な方は医師の診断書を提出してください。

《検査や必要書類についての質問・相談》 総務課 実習担当

産業医・感染制御部 署名	確認日 年 月 日
--------------	-----------

2023 年6月

東京医科大学八王子医療センター

【実習生の体調不良時における対応】

1、実習生に症状がある場合

風邪症状(咽疼痛・鼻汁・咳・頭痛・倦怠感など)37.5℃以上の発熱がある

- ① 発熱や風邪症状がある場合、必ず実習指導担当者に連絡する。
- ② 発熱がある場合、解熱剤を内服して実習をしてはならない。

2、実習指導担当者の対応

すでに実習している実習生は帰宅させる。

3、有症状実習生がコロナ陽性となった場合

実習指導担当者へ陽性であることを連絡し、クリニックや病院を受診、コロナ抗原検査やPCR 検査を受けた場合その結果を実習指導担当者へ報告する。

4、復帰について

- ・コロナ:発症日を0日目として、6日目より実習可能。ただし基本的な感染対策はしっかり遵守する事。特にマスクを外す昼食時等は一人で行うなど周囲スタッフへ配慮をする。
- ・インフルエンザ:解熱後48時間まで実習禁止

5、有症状実習生が抗原キットあるいはPCR 検査で陰性の場合

※PCR 抗原検査が陰性であっても‘コロナやインフルエンザではない’事にはならない。

症状改善・解熱後48時間経過した時点で実習を再開する。ただし基本的な感染対策はしっかり遵守する事。特にマスクを外す昼食時等は一人で行うなど周囲スタッフへ配慮をする。

〈様式1〉

個人情報保護に関する誓約書

東京医科大学八王子医療センター
病院長 池田 寿昭 殿

私は、貴センターの研修及び実習生として、個人情報の性格と重要性を十分に理解し、患者、学生、研修・実習生等の個人情報の保護に関し、「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、その他関係法令及び貴センターの関係諸規程を遵守いたします。

私は、研修・実習期間中はもちろん、終了後においても、職務上知り得た患者、学生、研修・実習生等の個人情報を正当な事由なく第三者に漏らさないことを誓約いたします。

私がこの誓約書に違反した場合は、貴センターに対して民事上もしくは刑事上の法的な責任が生じることもあり、場合によっては損害賠償されることもあり得ることを十分理解し、本誓約書を遵守することを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所
氏 名 印
学校名

〈様式2〉

秘密保持に関する誓約書

東京医科大学八王子医療センター
病院長 池田 寿昭 殿

- 私は、貴センターの研修・実習生として、期間中、知り得た貴センターの秘密情報を、貴センターの許可なく、いかなる方法をもってしても、開示、漏洩または業務目的以外で使用しないことを約束いたします。
なお、秘密情報とは、貴センターが秘密として管理しているすべての情報であって、公然と知られていないものをいうと理解しております。
- 私が、秘密情報の創出または得喪に関わった場合は直ちに貴センターに報告いたします。
なお、私が、秘密情報の形成、作出に携った場合であっても、貴センターの業務上作成したものであることを確認し、当該秘密の帰属が貴センターにあることを確認いたします。この場合、当該秘密情報について私に帰属する一切の権利を貴センターに譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張はいたしません。
- 私は、貴センターの情報システム及び情報資産の一切が貴センターに帰属していることを理解し、貴センターが情報システム及び情報資産の保護のために必要であると認めた場合には、私の電子メール等を私に断りなくモニタリングすることがあることを承知し、これに同意いたします。
- 私は、貴センターを離れることになった場合は、その時点で私が管理もしくは所持している貴センターの秘密情報及び記録媒体の一切を返還し、返還以後は、私の手元には秘密情報及び記録媒体は一切残存していないことを誓います。
- 秘密情報については、貴センターを離れた場合においても、開示、漏洩または使用しないことを約束いたします。
- 私がこの誓約書に違反した場合は、貴センターに対して民事上もしくは刑事上の法的な責任が生じることもあり、場合によっては損害賠償されることもあり得ることを十分理解し、本誓約書を遵守することを誓約します。

令和 年 月 日

住 所
氏 名 印
学校名

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ☒ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [COVIDワクチン接種証明書(最終のもの)]

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

臨床実習に関する誓約書

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

実習契約書, 実習費等振込通知書

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

感染症に関する証明書

施設名 _____

氏 名 _____ (印)

1 感染症の罹患歴・抗体の状況

	罹患歴	入学後の検査及びワクチン接種状況		備 考
		抗体価検査結果 (抗体値) 直近の検査実施時期	ワクチン接種 の有無 有の場合接種日	
水 痘	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () ・ ・	有 ・ 無 ・ ・	
麻 疹	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () ・ ・	有 ・ 無 ・ ・	
風 疹	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () ・ ・	有 ・ 無 ・ ・	
流行性 耳下腺炎	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () ・ ・	有 ・ 無 ・ ・	
B型肝炎	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () ・ ・	有 ・ 無 ・ ・	

2 ツベルクリン反応検査及び胸部レントゲン撮影状況

ツベルクリン反応検査 実施の有無	判定	直近の胸部レントゲン撮影日
有 ・ 無	判定結果 () 判定日 ・ ・	・ ・ 異常 (あり ・ なし)

3 新型コロナウイルス検査状況

① 検査の実施有無 (有 ・ 無)

② 有の場合

検査実施年月日： 年 月 日

検査方法：(LAMP法 ・ 唾液PCR ・ 鼻，咽頭PCR)

検査結果：(陽性 ・ 陰性)

4 新型コロナウイルスワクチン接種状況

① 接種状況：(済 ・ 未)

② 済の場合

第1回目 (年 月 日)

第2回目 (年 月 日)

第3回目 (年 月 日)

第4回目 (年 月 日)

第5回目 (年 月 日)

以上の事項を証明する。

年 月 日

施設長名 _____ ⑩

臨床実習に関する誓約書

日本大学病院

病院長 松本 直也 殿

私は、貴院での研修・実習期間中は、契約書及びその他関係諸規程等を遵守することを誓約いたします。

また、研修・実習中に知り得た患者及び病院関係者の個人情報、病院及び取引業者の情報資産などを研修・実習中及び研修・実習終了後においても、第三者に故意又は過失によって漏洩したり、病院に無断で使用したりしないこと、及びその結果として病院に損害を与えないことを誓約いたします。

なお、研修・実習中は、新型コロナウイルス感染症防止対策として、医学的な理由等によりワクチン接種が出来ない場合を除き、新型コロナワクチンを接種し、感染対策に充分留意して臨むことを誓約いたします。

令和 年 月 日

施 設 名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

臨床実習に関する誓約書

日本大学病院

病院長 松本 直也 殿

私は、貴院での研修・実習期間中は、契約書及びその他関係諸規程等を遵守するとともに下記事項について、遵守することを誓約いたします。

記

- 1 研修・実習前3日間及び実習期間中は飲食を伴う会への参加、同居者以外との会食はしないこと。また、3密となる空間や感染多発地へは行かないこと。
- 2 7日以内に新型コロナウイルス感染者との濃厚接触等はありません。
- 3 体調が不良と思われる場合は、研修・実習先の責任者へ連絡をして指示に従うこと。
(発熱(37.5°以上)・倦怠感・咽頭痛等)
- 4 研修・実習中は常時マスクを着用し、マスクを外す時は、話をしないこと。
- 5 原則、新型コロナワクチン接種を行っていること。
ただし、未接種の場合は、健康管理に十分注意して実習すること。

令和 年 月 日

施設名

住所

氏名

(印)

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

上記6については、当院指定の「感染症に関する証明書」

上記7については、当院指定の「個人情報保護に関する誓約書」

研修生にあたって、保険に加入している場合はこの写し

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい
振込通知書

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

感染症に関する証明書

施設名 _____ (学年：第 _____ 学年)

氏 名 _____

1 感染症の罹患歴・抗体の状況

	罹患歴	入学後の検査及びワクチン接種状況		備 考
		抗体価検査結果 (抗体値) 直近の検査実施時期	ワクチン接種 の有無 有の場合接種日	
水 痘	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () . .	有 ・ 無 . .	
麻 疹	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () . .	有 ・ 無 . .	
風 疹	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () . .	有 ・ 無 . .	
流行性 耳下腺炎	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () . .	有 ・ 無 . .	
B型肝炎	歳頃 年頃	陽性 ・ 陰性 () . .	有 ・ 無 . .	

以上の事項を証明する

令和 年 月 日

証明施設名 _____

施設長名（証明者名） _____ 印

個人情報保護に関する誓約書

日本大学医学部附属板橋病院長 殿

私は、実習・研修生として、個人情報の保護に関する
重要性を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、実習・研修中はもちろん、実習・研修後におい
ても、知り得た患者および貴院教職員の個人情報を、
正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

令和 年 月 日

施設名

氏 名

印

所在地 神奈川県 #整理番号 46 1/7

9. 研修生の受入れにおける提出書類について (該当する項目を○で囲んで下さい)
(その他に該当する場合は、ご記入下さい)

- 6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベルクリン反応
・その他 [ワクチン接種歴も可]

- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

9. ~6). 7) は専用用紙が取り出せるので、× 不都合 (有).

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

個人情報の保護に関する誓約書 [社会人]

病 院 長 殿

私は、北里大学病院における研修・実習・見学期間中は、個人情報の保護に関する趣旨を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、研修・実習・見学期間中はもちろん、終了後においても、知り得た個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

20 年 月 日

院内の研修・実習部署

所属施設 (職種)

氏 名

⑩

北里大学病院研修統括部 (Tel042-778-9034) へ提出してください。

実習における感染症の免疫確認について

北里大学病院では、免疫獲得の記録を、勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」に従い、下記の感染症について免疫獲得基準を設けております。当院で実習や研修を受ける実習生、研修生、引率者の方は、当院の免疫獲得基準を満たした上で実習に参加していただきますようお願い致します。また、以下の要領で免疫を獲得していることを証明する書類の作成・提出をお願い致します。

書類作成の要点

【提出必須】麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘

「免疫を獲得している」ことを証明する方法は以下2通りあります。

その1：1歳以上で各々2回のワクチン接種歴があること

その2：実習開始日からさかのぼった過去5年以内に測定した、麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘の各種抗体価が当院抗体価判断基準で陽性であること

ワクチン接種歴で証明を行う場合

⇒「①麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘 ワクチン接種歴確認票」を記載し、接種歴を証明できる書類（母子健康手帳・領収書・予診票・接種済証等）のコピーを添付して下さい。

抗体価で証明を行う場合

⇒「②麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘 抗体価確認票」を記載し、検査日と抗体価を証明できる書類（検査結果票等）のコピーを添付して下さい。ただし抗体価は実習日からさかのぼって過去5年以内（例：2021年4月実習の場合は2016年4月以降の検査分）のデータを有効とします。当院の抗体価判断基準は以下のとおりです。

疾患	検査方法	陽性
麻しん	EIA 法 (IgG)	16.0 以上
	PA 法	1 : 256 以上
	中和法	1 : 8 以上
風しん	EIA 法 (IgG)	8.0 以上
	HI 法	1 : 32 以上
流行性耳下腺炎	EIA 法 (IgG)	4.0 以上
水痘	EIA 法 (IgG)	4.0 以上
	IAHA 法	1 : 4 以上
	中和法	1 : 4 以上

【提出不要】B型感染

実習の必須条件としませんが、病院内では思わぬ状況で血液・体液の曝露を受けるリスクがあります。実習生と教員の皆様の身を守るために、実習に入る前にB型肝炎ワクチンを0、1、6ヵ月後の3回接種（1シリーズ）し、B型肝炎に対する免疫を獲得しておくことを強く推奨します。

【注意事項】

- ・実習開始までに「免疫を獲得している」ことが証明されない場合は、原則実習をお受けできません。ただし、アレルギーなどでワクチン接種を受けることが出来ない場合はこの限りではありません。その場合は、所定箇所に医師による記載をしていただきますようお願いいたします。
- ・ワクチン接種は接種間隔を一定期間空ける必要があります。時間的余裕をもって実施してください。
- ・提出された書類の返却は致しません。

【免疫獲得の判断基準（抗体価判断基準、ワクチン接種回数）、検査方法に関する問い合わせ】

感染管理室 042-778-8903

① 麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘 ワクチン接種歴確認票

所 属 _____ フリガナ
氏 名 _____

・1歳以上の麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘のワクチン接種歴を記載して下さい。
・過去のワクチン接種歴がわかる母子手帳の予防接種欄や予防接種実施済証、新たに実施した場合には領収証・予診票などのコピーを、裏面の「麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘 ワクチン接種歴コピー貼付票」に添付して下さい。

● 検査結果記入欄

ワクチン名	1回目		2回目	
	ワクチン接種日 (西暦)	ロット番号 (可能であれば記入して下さい)	ワクチン接種日 (西暦)	ロット番号 (可能であれば記入して下さい)
麻しん				
風しん				
流行性耳下腺炎				
水痘				

ワクチンによるアレルギーがあるなど、ワクチン接種が困難と診断された場合は医師による理由の記載をお願いします。

理由:

記 載 日 : 年 月 日

医 療 機 関 名 : _____

医 師 名 : _____

麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘ワクチン 接種歴コピー添付票

②麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘
抗体価確認票

所 属

フリガナ
氏 名

・下記の検査結果記入欄に各抗体価を記載していただき、裏面の「麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘 抗体価検査結果コピー添付票」に添付して下さい。

・基準を満たす証明を抗体価で行う場合、検査結果は実習からさかのぼって過去5年以内が有効です。陽性や陰性、+（プラス）や-（マイナス）の標記ではなく、数値を記載して下さい。

●検査結果記入欄

検査項目	検査日 (西暦)	検査方法 (該当する検査法に○)	抗体価
麻しん		EIA法(IgG) PA法 中和法	
風しん		EIA法(IgG) HI法	
流行性耳下腺炎		EIA法(IgG)	
水痘		EIA法(IgG) IAHA法 中和法	

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘 抗体価検査結果コピー添付票

施設名 聖マリアンナ医科大学病院

所在地 神奈川県 井整理番号 47 1/3

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

麻疹 風疹 水痘 ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

個人情報保護に関する誓約書

聖マリアンナ医科大学病院
病院長 様

私は、 年 月 日から 年 3 月 31 日の間において貴病院での実習において、以下について遵守することを誓約いたします。

1. 実習において、患者およびご家族の個人情報など、知り得た情報・資料等について、細心の注意を払い個人情報の保護を遵守いたします。
2. 実習において、知り得た情報等は、実習にのみ使用し、実習中はもとより、実習終了以後も含め、情報公開および漏えいはいたしません。
3. 個人情報が記録された物品の盗難、紛失、および情報の漏えいが発生した場合には、速やかに貴病院に報告し、万が一、個人情報等が漏えいした場合は、貴病院の規定に基づく処分に従います。
4. この誓約に違反し、患者およびご家族に損害を与えた場合、その後の実習が中止となること、賠償する責任を負うことに異議はありません。貴病院の指示に従います。

年 月 日

所 属：

学籍番号：

氏 名：

感染防止対策に関する誓約書

聖マリアンナ医科大学病院での臨床実習等を行うにあたり、新型コロナウイルス等による感染拡大防止のため、下記の各項を確認・承諾し、誓約いたします。

記

1. 発熱、咽頭痛、咳、味覚障害など体調不良時は、即座に教員に報告し指示に従います。
2. 濃厚接触者に指定された場合は、即座に教員に報告し指示に従います。
3. 同居者が COVID-19 の疑いで検査を受けた場合は、即座に教員に報告し指示に従います。
4. 院内では常時不織布マスクを着用します。
5. 頻繁に速乾性手指消毒薬で手指衛生を行います。
6. 教員の指示に従って適切な个人防护具を装着します。
7. 実習期間中は、院内外問わず下記の感染対策に留意します。
 - ① 対面での着座を控えます。
 - ② マスクを外した状態での会話は控えます。
 - ③ 可能な限り対人距離を空け着座する等の感染対策に留意します。
 - ④ 院内歩行中やエレベーター内では会話を控えます。
 - ⑤ 不特定多数と長時間屋内で過ごすイベント(組織的な会食、ライブハウス、スポーツジム、カラオケ、パチンコ店等)の参加を自粛します。
8. 政府や神奈川県知事より緊急事態宣言が発せられ、臨床実習等が中止となる場合は、聖マリアンナ医科大学病院の指示に従うことに同意します。

年 月 日

所 属:

学籍番号:

氏 名:

施設名 東海大学医学部付属病院

所在地 神奈川県 #整理番号 48

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか
え はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 [指定なし]

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [結核]

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

整理番号49

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・1ヶ月以内 ・3ヶ月以内 ・その他〔直近のもので可〕

- 6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

麻疹・風疹・水痘・ムンプス・B型肝炎・ツベルクリン反応
・その他

- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

個人情報の保護に関する誓約書、感染防御に関する誓約書のご提出をお願いします。

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい
依頼文書をお願いします。

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ」>認定輸血検査技師について>受験資格の確認から合格までの流れ>受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター実習生受入要綱

制 定 平成 19 年 9 月 21 日

最近改正 平成 23 年 11 月 1 日

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター（以下「病院」という。）における外部の養成機関からの依頼に基づく実習生の受入れに関し、必要な事項を定める。

(定義)

第 2 条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 実習生 医師、薬剤師、看護師、栄養士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、臨床工学技士、医療事務等、医療関係業務への従事に必要な資格を取得する前に、技術の習得のために実習を受けようとする者をいう。
- (2) 養成機関 医療関係業務への従事に必要な、教育を行っている学校、養成所等の機関をいう。

(申請)

第 3 条 養成機関の長は、実習を病院に依頼するときは、学生の氏名、実習の期間、内容等を記載した申請書を病院長に提出するものとする。

(許可)

第 4 条 病院長は、前条に規定する申請があった場合は、病院の業務に支障がないと認められるものに限り、受入れを許可するものとする。

- 2 病院長は、前項の規定により、実習を許可するときは、これを養成機関の長に通知する。
- 3 病院長は、実習の許可にあたり実習料等の条件を付することができる。

(受入期間)

第 5 条 受入れの期間は、受入れを許可する日の属する年度を超えないものとする。

(実習料)

第 6 条 養成機関の長は、第 4 条第 3 項の規定による実習料を病院長の指定する期日までに納付しなければならない。

- 2 実習料の納付額については、別に定めるものとする。
- 3 病院長は、養成機関の長が実習料を指定期日までに納めないときは、実習の許可を取り消すものとする。
- 4 既納の実習料は、返還しない。
- 5 病院長は、相当の理由があると認める場合は、実習料の全部又は一部を免除することができる。

(養成機関の責務)

第7条 養成機関の長は、あらかじめ実習生の健康診断と感染症検査等を実施しなければならない。

- 2 前項の感染症検査等とは、「麻疹」「水痘」「風疹」「流行性耳下腺炎」(EIA法での検査を推奨)、「B型肝炎」を指す。なお、抗体陰性者に関しては、必ずワクチンを接種しなければならない。
- 3 養成機関の長は、あらかじめ実習生に対し標準予防策の教育など感染防止策を講じなければならない。
- 4 養成機関の長は、健康診断及び感染症検査の結果を病院長に通知しなければならない。
- 5 病院長は、実習生の健康診断及び感染症検査の結果が実習に支障があると判断される時は、養成機関と協議の上、許可を取り消すことができる。

(実習生の責務)

第8条 実習生は、病院長の指示に基づき、実習を行うものとする。

- 2 実習生は、法人並びに病院の諸規則を遵守しなければならない。
- 3 実習生は、実習期間中及び実習後において、知り得た個人情報等を外部にもらしてはならない。
- 4 前項について、実習生は、あらかじめ個人情報の保護に関する誓約書(様式1)を病院長に提出しなければならない。
- 5 実習生は、実習期間中において災害を被った場合、病院の故意又は重大な過失によるものを除き、自己の責任においてこれを処理するものとする。

(許可の取消等)

第9条 病院長は、実習生が前条の規定に違反し、又は実習生としてふさわしくない行為があった場合は、養成機関と協議の上、当該実習生の実習を停止させ、又は許可を取り消すことができる。

(損害の補償)

第10条 養成機関及び実習生は、実習期間中において、故意又は重大な過失により、病院の設備、機械、器具等を亡失又は損傷したときは、その損害について連帯して責任を負わなければならない。

(雑則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、実習生の受入に関して必要な事項は、病院長が定める。

- 2 外部の医療機関並びに関係団体の研修受入にあたっては、この要綱を準用する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日より施行する。

この要綱は、平成23年11月1日より施行する。

様式1（第8条第4項）

個人情報の保護に関する誓約書

公立大学法人横浜市立大学
附属市民総合医療センター
病院長

私は、横浜市立大学附属市民総合医療センターで行う医療の提供、研究、実習、見学等にあたり、「個人情報の保護に関する法律」及び「横浜市個人情報の保護に関する条例」の趣旨を理解のうえ、個人情報の保護に関する横浜市立大学附属市民総合医療センターの諸規定を遵守いたします。

私は、横浜市立大学附属市民総合医療センターで行う医療の提供、研究、実習、見学等を通じて知り得た個人情報を外部に漏らさないことを誓約します。

年 月 日

所属名	_____
所在地（住所）	_____
電話番号	_____
氏 名	_____

※ この誓約書は、市民総合医療センターで医療の提供、研究、実習、見学（施設見学を除く）等を行う際に、事前に実習受入担当部署まで提出して下さい。

感染症流行下における誓約書(令和4年5月版)

感染防御等に関する誓約書

公立大学法人横浜市立大学
附属市民総合医療センター
病院長

私は、横浜市立大学附属市民総合医療センター（以下、「市大センター病院」とする）で行う実習にあたり、新型コロナウイルスの感染拡大の状況を理解し、実習期間中及びその前後の期間(日常生活を含む)、医療チームの一員として責任ある行動に心がけます。

感染防御のために、以下の行動を誓約します。

1. 所属機関における感染防止対策教育の内容を、十分に理解しております。
2. 市大センター病院で提供される、感染防止対策教育を受講し、また、実習期間中において、その内容を遵守します。
3. 登院時はマスク着用し、実習中は常時サージカルマスクを着用します。なお、マスク(実習中のサージカルマスク含む)は、実習受講者(本人または所属機関)において準備します。
4. 休憩時・昼食時は、密集を避け、ソーシャルディスタンスの確保に努めます。
5. 登院前に必ず体温を測定し、発熱(37.5度以上が目安)や風邪症状が疑われる場合には登院しません。
6. 実習開始前2週間及び実習期間中は、感染リスクが高まる「5つの場面」(別紙「感染リスクが高まる『5つの場面』」参照 出典;内閣官房)に気を付けて生活をします。
7. その他、市大センター病院の職員に準じ、医療チームの一員にふさわしい行動に努めます。

誓約日 令和 年 月 日

実習予定日時 令和 年 月 日～ 月 日

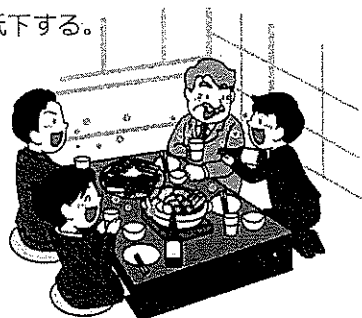
所 属 _____

氏 名 _____

感染リスクが高まる「5つの場面」

場面① 飲酒を伴う懇親会等

- 飲酒の影響で気分が高揚すると同時に注意力が低下する。
また、聴覚が鈍麻し、大きな声になりやすい。
- 特に敷居などで区切られている狭い空間に、長時間、大人数が滞在すると、感染リスクが高まる。
- また、回し飲みや箸などの共用が感染のリスクを高める。



場面② 大人数や長時間におよぶ飲食

- 長時間におよぶ飲食、接待を伴う飲食、深夜のはしご酒では、短時間の食事と比べて、感染リスクが高まる。
- 大人数、例えば5人以上の飲食では、大声になり飛沫が飛びやすくなるため、感染リスクが高まる。



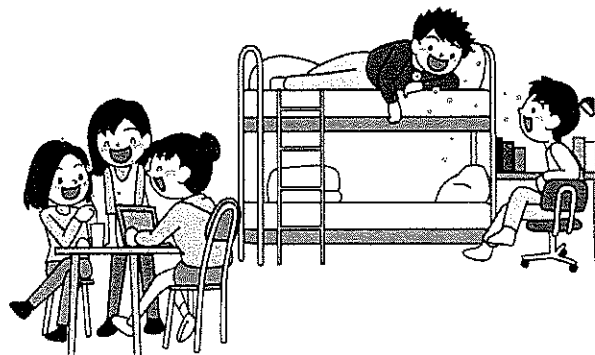
場面③ マスクなしでの会話

- マスクなしに近距離で会話することで、飛沫感染やマイクロ飛沫感染での感染リスクが高まる。
- マスクなしでの感染例としては、屋カラオケなどでの事例が確認されている。
- 車やバスで移動する際の車中でも注意が必要。



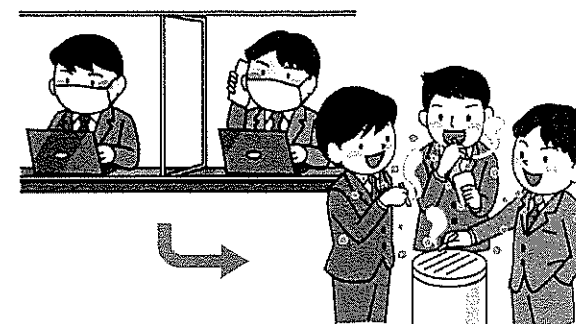
場面④ 狭い空間での共同生活

- 狭い空間での共同生活は、長時間にわたり閉鎖空間が共有されるため、感染リスクが高まる。
- 寮の部屋やトイレなどの共用部分での感染が疑われる事例が報告されている。



場面⑤ 居場所の切り替わり

- 仕事での休憩時間に入った時など、居場所が切り替わると、気の緩みや環境の変化により、感染リスクが高まることもある。
- 休憩室、喫煙所、更衣室での感染が疑われる事例が確認されている。



9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 1年以内 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
個人情報保護に関する誓約書

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

抗体価検査・ワクチン接種歴報告書 と研修開始前に、
病院実習・見学者健康状態等申告書 を研修初日に提出して、

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

公立大学法人横浜市立大学附属病院実習生受入要綱

制 定 平成17年12月14日
最近改訂 令和 2年10月 1日

(趣旨)

第1条 この要綱は、公立大学法人横浜市立大学附属病院（以下「病院」という。）における外部の養成機関からの依頼に基づく実習生の受入に関し、必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 実習生 医師、薬剤師、看護師、栄養士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、臨床工学技士等、医療関係業務への従事に必要な資格を取得する前に、技術の習得のために実習を受けようとする者をいう。
- (2) 養成機関 医療関係業務への従事に必要な教育を行っている学校、養成所等の機関をいう。

(申請)

第3条 養成機関の長は、実習を病院に依頼するときは、学生の氏名、実習の期間、内容等を記載した申請書を病院長に提出するものとする。

(許可)

第4条 病院長は、前条に規定する申請があった場合は、病院の業務に支障がないと認められるもの限り、受入れを許可するものとする。

- 2 病院長は、前項の規定により、実習を許可するときは、これを養成機関の長に通知する。
- 3 病院長は、実習の許可にあたり実習料等の条件を付することができる。

(受入期間)

第5条 受入れの期間は、受入れを許可する日の属する年度を超えないものとする。

(実習料)

第6条 養成機関の長は、第4条第3項の規定による実習料を納付しなければならない。

- 2 実習料の納付額については、別に定めるものとする。
- 3 病院長は、養成機関の長が実習料を所定の期日までに納めないときは、実習の許可を取り消すものとする。
- 4 既納の実習料は、返還しない。
- 5 病院長は、相当の理由があると認める場合は、実習料の全部又は一部を免除することができる。

(養成機関の責務)

第7条 養成機関の長は、あらかじめ実習生の健康診断と感染症検査等を実施しなければならない。

- 2 前項の感染症検査等とは、「麻疹」「水痘」「風疹」「流行性耳下腺炎」（抗体価検査・ワクチン接種歴報告書の基準値及び検査方法に基づく）を指す。なお、抗体陰性者に関しては、次の各号の条件を満たす場合に免疫能があるとみなす。
 - (1) 過去に2回のワクチン接種歴の記録が提出できる
 - (2) 過去に罹患した記録が診断書、もしくは同等の書類で提出できる
- 3 ワクチン接種回数が2回未満、又は抗体価検査・ワクチン接種歴報告書の基準値を満たさない実習生は、各部門で実習前に問診票にて健康チェックを施行しなければならない。
- 4 養成機関の長は、あらかじめ実習生に対し標準予防策の教育など感染防止対策を講じなければならない。
- 5 養成機関の長は、健康診断の結果や予防接種、感染防止対策の実施について、病院長に通知しなければならない。
- 6 病院長は、実習生の健康診断の結果が実習に支障があると判断される時は、養成機関と協議の上、

許可を取り消すことができる。

(実習生の責務)

第8条 実習生は、病院長の指示に基づき、実習を行うものとする。

2 実習生は、法人及び病院の諸規則を遵守しなければならない。

3 実習生は、実習期間中及び実習後において、知り得た個人情報を外部にもらしてはならない。

4 実習生は、実習期間中において災害を被った場合、病院の故意又は重大な過失によるものを除き、自己の責任においてこれを処理するものとする。

(許可の取消し等)

第9条 病院長は、実習生が前条の規定に違反し、又は実習生としてふさわしくない行為があった場合は、養成機関と協議の上、当該実習生の実習を停止させ、又は許可を取り消すことができる。

(損害の補償)

第10条 養成機関及び実習生は、実習期間中において、故意又は重大な過失により、病院の設備、機械、器具等を滅失又は損傷したときは、その損害について連帯して責任を負わなければならない。

(雑則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、実習生の受入に関して必要な事項は、病院長が定める。

2 外部の医療機関及び関係団体の研修受入にあたっては、この要綱を準用する。

附 則

この要綱は、平成17年12月14日より施行する。

附 則

この要綱は、平成18年 3月 8日より施行する。

附 則

この要綱は、平成20年 4月22日より施行する。

附 則

この要綱は、平成23年 2月 1日より施行する。

附 則

この要綱は、平成23年 8月 1日より施行する。

附 則

この要綱は、平成26年 4月 1日より施行する。

附 則

この要綱は、令和 元年 7月 1日より施行する。

附 則

この要綱は、令和 2年10月 1日より施行する。

抗体価検査・ワクチン接種歴報告書

提出日 年 月 日

学校名：_____

実習先（実習部署）：_____

抗体価検査	基準値	検査方法	予防接種実施日 複数回あればそれぞれの 日時を記載	抗体価検査の結果 複数回あればそれぞれの 日時を記載
麻疹	16	EIA 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
風疹	8 32 倍	EIA 法 HI 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 抗体価 _____ IU/mL / _____ 倍
			2 回目 年 月 日	年 月 日 抗体価 _____ IU/mL / _____ 倍
水痘	4	EIA 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	4	EIA 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL

新型コロナワクチン 接種状況	接種回数 回	最終接種年月日 年 月 日
-------------------	-----------	------------------

所属・学年：_____

氏名：_____

※ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、実習で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。

※上記にある「当院の基準値」の各数値以上の抗体価が必要です。

※表中に指定された以外の検査法は無効とします

※上記が満たされていない場合、実習をお断りすることがあります。

【問合せ先】

総務課庶務担当 （代）045-787-2800（内線 2920）

感染制御部 （代）045-787-2800（内線 6031）

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第3版。

横浜市立大学附属病院 病院実習・見学者 健康状態等申告書

A 過去 2 週間以内に、以下の症状がないこと

1. 37.5℃以上の発熱
2. 咳や咽頭痛などの上気道症状
3. 呼吸困難感
4. 強い倦怠感
5. 味覚の低下

B 過去 2 週間以内に、以下がないこと

1. 大人数（5 人以上）での家庭外での会食
2. 飲み会・カラオケへの参加
3. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触（保健所から連絡があります）

以上 A、B のいずれの項目にも該当しないことをここに申告します。

また実習・見学中は病院のルール、指示に従い、手指衛生の実施、マスクの着用を適切に行います。

日付 年 月 日

所属組織（病院、大学、学校）名

申告者署名

※ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、実習で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。

（令和 4 年 8 月 22 日 医学・病院統括部 総務課 改定）

個人情報保護に関する誓約書

公立大学法人 横浜市立大学
附属病院長

私は、横浜市立大学附属病院で行う医療の提供、研究、実習、見学等にあたり、「個人情報の保護に関する法律」及び「横浜市個人情報の保護に関する条例」の趣旨を理解のうえ、個人情報の保護に関する附属病院の諸規定を遵守いたします。

私は、横浜市立大学附属病院で行う医療の提供、研究、実習、見学等を通じて知り得た個人情報を、外部に漏らさないことを誓約します。

年 月 日

所属名	_____
所在地（住所）	_____
電話番号	_____
氏名	_____

※この誓約書は、附属病院で医療の提供、研究、実習、見学（施設見学を除く）等を行う際に、事前に実習受入担当部署まで提出して下さい。

※ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、実習で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか (は) ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・1ヶ月以内 ・3ヶ月以内 ・その他〔所属機関が実施したものの写し等可〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベルクリン反応
・その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

。病院研修生受入申請書

・ 勤務先所属長の承諾書

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 国立大学法人 山梨大学医学部附属病院 所在地 山梨県 #整理番号 57

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [抗体検査の結果、抗体が未検出、または2回のワクチン接種歴が
言明されない場合は、原則として許可できません。]

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

・ 現に職に就いている者は、勤務先の所属長の承諾書
・ 抗体検査結果報告書
・ ワクチン未接種報告書

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 国立大学法人 信州大学医学部附属病院 所在地 長野県 #整理番号 58
 9. ~ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
 ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について (該当する項目を○で囲んで下さい)
 (その他に該当する場合は、ご記入下さい)

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いい

え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
 ・ その他 [梅毒 (胸部X線必須, IGRA)]

7) 誓約書は必要ですか

はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか

はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

免疫獲得報告書及び誓約書 (本院様式)

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ~ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
 ホームページ>認定輸血検査技師について>受験資格の確認から合格までの流れ>受験申
 請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
 や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

1) 免疫獲得報告について以下の必要事項に記載してください。該当する箇所に☑してください。

	感染症	予防接種日	抗体検査日
1 ※	麻疹 (必須)	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) 抗体価 □16.0 以上 追加接種不要 □2.0～15.9 1 回接種推奨 □1.9 以下 2 回接種推奨
2 ※	風疹 (必須)	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) 抗体価 □8.0 以上 追加接種不要 □2.0～7.9 1 回接種推奨 □1.9 以下 2 回接種推奨
3 ※	ムンプス (流行性耳下腺炎) (必須)	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) 抗体価 □4.0 以上 追加接種不要 □2.0～3.9 1 回接種推奨 □1.9 以下 2 回接種推奨
4 ※	水痘 (必須)	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) 抗体価 □4.0 以上 追加接種不要 □2.0～3.9 1 回接種推奨 □1.9 以下 2 回接種推奨
5 ※ ※ ※	B 型肝炎 (任意・血液に曝露 する可能性がある 場合は接種推奨)	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	年 月 日 HBs 抗体 抗体価 □10.0 以上 追加接種不要 □10.0 未満 1 クール (3 回接種) 推奨
6 ※ ※ ※	結核 (必須) IGRA は任意)	・胸部 X 線写真による診断は必須 (実習開始 12 ヶ月以内) 年 月 日 □異常なし □異常あり (所見) ・インターフェロン γ 遊離試験 (IGRA) *以下のいずれかの検査に記載してください。 □QFT (□陽性 □判定保留 □陰性) ・ □T-spot (□陽性 □判定保留 □陰性)	

※1～4 まずは母子手帳などの記録で予防接種歴を確認してください。それぞれの疾患について 1 歳以上で行った予防接種の記録が 2 回以上あれば終了です。その場合は抗体価を測定する必要はありません。2 回以上の予防接種の記録がない場合は抗体価を測定し、必要な回数の予防接種を受け、接種日を記載してください。

※※5 血液・体液に曝露する可能性がある場合は B 型肝炎ワクチン (1 シリーズ 3 回) の接種を推奨します。HBs 抗体陽性の場合は予防接種日の記載は不要です。

※※※6 胸部 X 線写真は必須です。IGRA の結果があれば記載してください。

信州大学医学部附属病院長 殿

年 月 日

上記の記載に関して相違ありません。 病院名又は所属施設名

2) 貴院実習生として、患者さんを含むすべての個人情報保護に関する規則等を十分に理解し、これに遵守いたします。実習中、実習後においても、知り得た個人情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはいたしません。これを誠実に遵守することを誓います。

3) 実習又は研修者の故意または過失により、貴院に損害が生じた場合は、実習又は研修元機関は貴院に対して一切の責任を負うものとします。

本人記載 上記の記載に関して相違ありません。

年 月 日

本人署名