

施設名 東京医科大学茨城医療センター

所在地 茨城県 施設番号 501223

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。

施設名 株式会社日立製作所 日立総合病院 所在地 茨城県 施設番号 501242

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。

施設名 自治医科大学附属病院

所在地 栃木県 #施設番号 501258

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 [全ELISA検定によりお願ひいたします。]

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

6), 7) について、当院指定書式での提出をよりお願ひいたします。

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

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。

実習・研修予定者各位

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で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 *過去1年以内	異常なし・有所見	

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

所在地 栃木県 施設番号 501247

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

提出書類一式について、メールにてお送りしますので、そこからご確認ください。

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。

2021年8月2日

診療部門各位、中央部門各位
 看護部門各位、薬剤部門各位
 事務部門各位

副 学 長 平田 幸一
 病 院 長 窪田 敬一
 感染制御センター長 麻生 好正

新型コロナウイルス感染症対策 【第21報】 (病院職員の日常生活も含む注意点について)

平素より院内感染防止対策にご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。

8月2日～8月31日の期間、栃木県全域に警戒度レベルを国のまん延防止等重点措置レベルである県版ステージ3に引き上げられ、更に宇都宮市、足利市、栃木市、佐野市、日光市、小山市、真岡市の飲食店においては営業時間の短縮も要請されました。

つきましては今後の対応について、ワクチン接種の有無に関わらず下記の通りご協力を賜りたくお願い申し上げます。

記

- 1.業務中は、標準予防策として「手指衛生・アイガード着用・サージカマスク着用」を徹底し、低リスクでの対応を継続する
- 2.院内でマスクを外す場面、食事は原則 孤食・黙食とし、食事終了後直ぐにマスク着用とする。歯磨き時は、必ず1.5m以上の距離を確保する
- 3.発熱の有無に関わらず体調不良時は自宅待機の上、所属長に報告し対応の指示を得る
- 4.職員の同居人（家族等）や関係者で、COVID-19陽性者またはPCR検査対象者であると判明した場合、管轄保健所の「濃厚接触者にあたるものなし」との見解に関係なく自宅待機の上、所属長へ報告をする。各部署の所属長は当該職員の情報必ず感染制御センターへ報告し、出勤再開について検討する
- 5.不要不急の外出・都道府県間の移動を自粛すること
- 6.感染リスクが高まる「5つの場面」①飲酒を伴う懇親会等②大人数や長時間に及ぶ飲食③マスクなしでの会話④狭い空間での共同生活⑤居場所の切り替わりでの注意をする
- 7.家族以外の人との飲食・飲酒・パーティに類するものについての自粛をお願いする
- 8.各自が自粛も含めた感染対策に留意し、各部署の機能を損なうことのないよう協力する

【栃木県の警戒度レベル県版ステージ3における対応について参考資料】

資料 3

資料 1

栃木県新型コロナウイルス警戒度基準						
警戒度レベルの判断に使用する指標及び目安						
警戒度レベル	警戒度レベル					
	県版ステージ4 (緊急事態宣言)	国版ステージ3 (まん延防止等 緊急措置)	県版ステージ2.5 「感染警戒」	県版ステージ2 「感染注意」	県版ステージ1 「感染拡大」	
医療提供体制の確保	病床使用率 ^{※1}	50%以上	20%以上	15%以上	10%以上	10%未満
	入院率 ^{※2}	25%以下	40%以下	50%以下		-
	重症病床使用率 ^{※3}	50%以上	20%以上	15%以上	10%以上	10%未満
検査体制	人口10万人あたりの全検査者数 ^{※4}	30人以上 ※実施数：511人以上	20人以上 ※27人以上	10人以上 ※74人以上	5人以上 ※27人以上	5人未満 ※97人未満
	検査陽性率 ^{※5}	10%以上	5%以上	3%以上	2%以上	2%未満
感染状況	人口10万人あたりの新規感染数 ^{※6}	25人以上 ※実施数：44人以上	15人以上 ※29人以上	5人以上 ※47人以上	2.5人以上 ※29人以上	2.5人未満 ※97人未満
	感染拡大率 ^{※7}	50%以上	50%以上	40%以上	30%以上	30%未満

※1：最大確保病床に対する割合 ※2：重症者数に対する入院者数の割合(重症者数が人口10万人あたり10人以上の場合に適用) ※3：重症1週間の状況
 ※4：PCR検査に通常以上の人員や検査資源が必要です。このため本県の医療提供体制においては、コロナ病床使用率が20%を超えると急性期重症などコロナ以外の医療に大きな支障が生じかねず、更に50%を超えると医療全体が危機的な状況に陥っていると考えます。

資料 2

警戒度レベル県版ステージ3における対応

- ① 区域 栃木県全域 ※下段欄が実施重点
- ② 期間 令和3(2021)年8月2日(月)～8月31日(火) ※終期は予定。状況を見て判断。
- ③ 実施内容
 感染拡大防止と社会経済活動の両立を図るため、以下のとおり協力を要請
- 県民に対する協力要請 (特措法第24条第9項)
 - 不要不急の外出自粛を要請
 - 都道府県間の不要不急の移動の自粛を要請
 - マスクの着用、換気をはじめ、3密の回避や手洗いなど、基本的な感染防止対策の徹底を要請
 「3密」が重なる場面はもとより、「密閉」、「密集」、「密接」のそれぞれについて徹底的に回避することも要請
 (「会話する＝マスクする」運動(特に会食の場における適切なマスク着用)を展開)
 - 感染リスクが高まる「5つの場面」での注意を要請
 - 体調が悪い場合は、仕事は休むよう要請
 - 施設に応じた感染防止対策の徹底が行われていない場所への外出を避けるよう要請
 - 外出時は、感染のリスクを避ける行動をとるよう要請
 - 5人以上の飲食・飲酒やパーティー及びこれに類するものについては、自粛するよう要請
 - ハイリスク者(高齢者、基礎疾患を有する方)は上記取組を特に徹底するよう要請
 - ワクチン接種者も上記取組を行うよう要請

栃木県における警戒度レベル

- 新規感染者数及び全療養者数は短期間で急拡大し、現在ステージ4「緊急事態措置」レベルに
 - 入院率はステージ4となり、病床使用率もステージ4が目前に迫るなど、医療提供体制への負荷が確実に高まっている
 - 感染拡大が県内全域に広がっている
- 一方
- 飲食店の営業時間の短縮や遊興施設等の営業時間短縮の働きかけの効果を見極める必要

要請内容は県版まん延防止等重点措置を強化する

要請期間 令和3(2021)年8月2日(月)から8月31日(火)

主な要請内容

県民の皆様へ	<ul style="list-style-type: none"> 不要不急の外出・都道府県間の移動の自粛 5人以上の飲食・飲酒やパーティーへの参加を自粛 4人以下であっても、普段会わない人との長時間又は酒類を伴う飲食は慎重に判断を ※特に、クラスターが多発しているホームパーティーやバーベキューは控えてください 飲食店を利用する場合は、とちまる安心認証店など感染対策が徹底されている店の利用を
事業者の皆様へ	<ul style="list-style-type: none"> 職場における感染拡大防止のための適切な取組を要請 「出勤者数の7割削減」を目指すことを含めた接触機会の低減に向け、テレワーク等の推進、オンラインビジネスを推奨 全市町における1,000㎡以上の遊興施設、劇場、観覧場、映画館又は演芸場、集会場又は公会堂、展示場、物品販売業を営む店舗(食品・医薬品・医療機器等生活に欠かすことの出来ない物品売り場を除く)、ホテル又は旅館(集会の用に供する部分に限る)、運動施設又は遊技場及び博物館、美術館又は図書館、サービス業を営む店舗について、21時までの営業時間短縮の働きかけ

主な要請内容

飲食店を営む事業者の皆様へ	営業時間の短縮の要請		
	対象市町	期間	営業時間
	宇都宮市、足利市、栃木市、佐野市、日光市、小山市、真岡市	令和3年8月2日(月)から8月31日(火)	午前5時から午後8時まで(酒類の提供は午前11時から午後7時まで)
	上記以外の市町	令和3年8月4日(水)から8月31日(火)	
イベント開催に関する協力依頼	<ul style="list-style-type: none"> 収容率：大声なし 100%以内 大声あり 50%以内 人数上限：5,000人又は収容定員の50%以内(最大10,000人まで)のいずれか大きい方 開催時間：21時まで 		

2021年8月24日

診療部門各位、中央部門各位
看護部門各位、薬剤部門各位
事務部門各位

副 学 長 平田 幸一
病 院 長 窪田 敬一
感染制御センター長 麻生 好正

新型コロナウイルス感染症対策 【第22報】 (緊急事態宣言に伴う注意事項)

平素より院内感染防止対策にご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。
栃木県全域が8月20日から9月12日の間、緊急事態措置区域とされました。
院内のCOVID-19病床利用状況は常時上限近くまで利用しており、医療のひっ迫を認めざるを得ません。

また、家族や行動を共にした知人が、後日COVID-19陽性と判明し職員本人が濃厚接触者になるケースなども相次いでおります。

つきましては今後の対応について、引き続き新型コロナウイルス感染症対策【第21報】へのご理解と新型コロナウイルス感染拡大を鑑みて下記の通りご協力を賜りたくお願い申し上げます。

記

1. 家族以外の人との飲食・飲酒・パーティを全て禁止とする
2. 職員の家族や行動を共にした知人が、COVID-19陽性と判明した場合は、迅速な院内感染対策を始動する必要があるので夜間休日を問わず速やかに所属長へ報告する。報告を受けた所属長は感染制御センターへ連絡を行う。
3. 職員は日ごろからの体調管理を行い、発熱の有無に関わらず体調変化時は自宅静養し、かかりつけ医療機関や当院への受診などを検討する。
4. 家族の体調不良時においても、かかりつけ医療機関の受診など早めの対応をお願いする。
5. 不要不急の外出・都道府県間の移動自粛の継続をお願いする。尚、学会や部署・部門機能維持の為の資格取得・資格更新の出張については、各部署の所属長判断で参加可能とする。
6. 院内の会議・研修会は、必要最小限の開催とし、開催時には①出席者の体調管理②適切なマスクの着用③会議開始・終了時の手指衛生実施④効率の良い進行で時間の短縮など有事の際のリスクを低減させる感染対策を徹底する。

【問合せ先】感染制御センター(内線 3019)

(感発：2021.8.24)

実習・研修ご担当者様

獨協医科大学病院
庶務課職員係

実習・研修生の受諾について（事務連絡）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、当院における実習・研修生の受諾につきましては、令和2年度より実習・研修生の安全確保並びに院内感染対策等の観点から、下記のとおり受託実習要領について改訂し、契約書式及び提出書類が変更になりましたのでご連絡いたします。

つきましては、関係書類一式を同封しますので、今年度の実習よりご対応方よろしくお願いたします。特に、胸部X線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書については、お手数をお掛けいたしますが、ご理解とご協力の程よろしくお願いたします。

また、新型コロナウイルスの感染症拡大防止のため、2.の書類もご提出いただくとともに、3. 4.の書類の記載のとおり、情報提供・及びご留意方よろしくお願いたします。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

敬具

記

1. 受託書類

- (1) 獨協医科大学病院受託実習要領
- (2) 獨協医科大学病院実習受託契約書（所定様式） ※A3 サイズで2部印刷
- (3) 実習・研修生の職業感染防止について ※A4 サイズで両面印刷
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) 個人情報保護に関する誓約書（所定様式2）

2. 新型コロナウイルス感染症に関する書類

- (1) 問診票（別紙参照）COVID-19 陽性の罹患歴がある方は先にご連絡下さい。
- (2) 検温表（実習1週間前から記録する）（別紙参照）
- (3) 実習・研修生健康管理チェック表
（初日から、実習・研修期間中（土・日・祝日含）チェックする）（別紙参照）
- (4) 症状と行動歴（別紙参照）・・・事前に教員の先生のチェックをお願いいたします。

当日実習・研修
部署へ提出し
てください。

3. 実習・研修などで大学病院へ立ち入りをする場合の情報提供等協力依頼について（重要:別紙参照）

・新型コロナウイルス感染症の状況による病院実習時の対応（一部変更）（重要:別紙参照）

4. 当院職員の対応【第21報】【第22報】

※実習・研修生も職員の対応に準じる形となるため、禁止事項等に抵触する場合は受入の延期や中止の可能性有。

また、学校内及び同居家族の通勤先、通園・通学先の COVID-19 陽性者がいる場合にも、状況の報告（事実をそのまま）をしていただくようお願いいたします。

以上

<p><受入担当窓口> 獨協医科大学病院 庶務課職員係 川村 〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林 880 番地 Tel. 0282-87-2038、 Fax. 0282-86-2038 E-mail : shokuin-b@dokkyomed.ac.jp</p>

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）の実施もお願いします。
- 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法でお願いします。

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

獨協医科大学病院（実習生・研修生用）

（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	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> T-SPOT <input type="checkbox"/> QFT	実施日	西暦 年 月 日
検査結果	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
結核治療歴	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 治療完了、 <input type="checkbox"/> 治療済 ）		<input type="checkbox"/> 無
	治療期間：（西暦） 年 月 ～ 年 月		

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	<input type="checkbox"/> 有 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 無
	ワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無
風疹 (三日ばしか)	罹患歴	<input type="checkbox"/> 有 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 無
	ワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無
水痘 (水ぼうそう)	罹患歴	<input type="checkbox"/> 有 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 無
	ワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無
流行性耳下腺炎 (おたふく・ ムンプス)	罹患歴	<input type="checkbox"/> 有 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 無
	ワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検査	抗体価検査値 ()	検査日: 年 月 日
	ワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 無

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	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 接種予定	年 月 日
未接種（理由）	<input type="checkbox"/> 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)
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()
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 ()
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()
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()
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
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()
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、多くの人との密集する場所、 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()

*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)

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

令和5年5月12日

実習・研修施設長 様
実習・研修責任者 様
実習・研修担当者 様

獨協医科大学病院

新型コロナウイルス感染症の状況による病院実習時の対応（一部変更）（第2報）

今般、令和5年5月10日付で新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、実習前のPCR検査を中止することとし、病院実習時の対応について下記のとおり一部変更しますので、ご通知いたします。

記

1. 対 象：他施設からの実習・研修生
2. 変 更 日：令和5年5月10日（水）
3. 受入条件：①実習・研修生は新型コロナウイルス抗原検査（自己負担：手法は任意）を実習当日の朝、個人で実施し、施設責任者が結果を取り纏め、当院の実習責任者に連絡する。【変更無し】
②従来とおり、実習・研修生は**1週間前**から「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」・「検温表」・「実習生・研修生健康管理チェック表」・「症状と行動歴」を実習当日に当院実習責任者へ提出する。【今回変更点】
③実習・研修生は上記②により健康を管理し、体調不良時には当院実習責任者へ出勤前に報告を行う。
④週を跨ぐ実習の場合は、**2週間に1回**、月曜日（祝日等で病院休診日の場合は翌日）に①同様とする。【今回変更点】
4. そ の 他：当日のご連絡は各実習受入部署の実習責任者へご連絡ください。
※連絡方法等は、事前に担当者間で打合せてください。
5. 照 会 先：獨協医科大学病院庶務課職員係
直通：0282-87-2038 メール:shokuin-b@dokkyomed.ac.jp

以上

連絡先一覧

学校名 :

所在地 :

e-mail :

TEL :

FAX :

緊急連絡先（夜間・休日問わず、常時連絡が取れる連絡先をご記入下さい。）

NO	優先順位	職名	氏名	連絡先	メールアドレス
1					
2					

令和4年10月12日

実習ご担当者様

獨協医科大学病院
庶務課職員係**実習生・研修生の実習事前注意事項について（事務連絡）**

平素より大変お世話になっております

さて、当院における実習生・研修生につきまして、新型コロナウイルスの感染症拡大防止のため、実習事前から実習中における注意事項として下記のとおり連絡しますので、ご理解とご協力の程よろしくお願いたします。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

記

1. 実習2週間前から実習期間における注意事項

- (1) 実習予定学生のアルバイト実施状況について把握したく、実習3週間前までに下記へメールにてご連絡（相談）ください。なお、不特定多数の方と接触する職種のアルバイトを行っている場合は、実習受入れについて検討を要することがあります。
- (2) 各自健康管理チェックを行い検温表に記録をしてください。毎日の実習開始時に当院実習担当責任者に確認をお願いします。
- (3) お住いの都道府県以外の場所への移動、お住いの都道府県内外を問わずいわゆる“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）の機会の自粛をお願いします。
※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、冠婚葬祭などを
含む集会参加、集合しての運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、マスクなしでの満員電車、満員のバスへの乗車など
- (4) 実習後2週間以内で新型コロナウイルス感染症が判明した場合などには、至急ご連絡をお願いします。

以上

<受入担当窓口>

獨協医科大学病院 庶務課職員係

〒321-0293

栃木県下都賀郡壬生町大字北小林 880 番地

Tel. 0282-87-2038、 Fax. 0282-86-2038

E-mail : shokuin-b@dokkyomed.ac.jp

2022年10月12日

実習・研修施設長 様
実習・研修責任者 様
実習・研修担当者 様

病院長 麻生好正

実習・研修などで大学病院へ立ち入りをする場合の情報提供等協力依頼について

平素より院内感染防止対策にご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。

栃木県の新型コロナウイルス感染症については、7月18日現在累計7397名 L452R変異株の陽性者が散見されている現状である。院内感染防止水際対策強化のため、実習・研修前及び期間中下記の内容について当院の実習・研修責任者へ迅速な情報提供及び自宅待機等の対応へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 大学病院担当者が院内感染対策のため、実習担当教員と緊急連絡が必要な場合があるので夜間・休日を問わず常時連絡が取れる体制の確保（担当教員⇄実習生）と実習・研修責任者への緊急連絡先のご提出をお願いいたします。（別添検査結果連絡先一覧にて）
2. 実習・研修担当教員・実習・研修生の体調で発熱の有無に関わらず何らかの症状がある場合は当院実習・研修責任者へ連絡後自宅待機とし、実習再開について指示をお待ちください。
3. 実習・研修担当教員・実習・研修生の同居人（家族等）や関係者で、COVID-19陽性者またはPCR検査対象者であると判明した場合、管轄保健所の見解に関係なく当院の実習・研修責任者への情報提供をお願いします。
4. 実習・研修前や期間中に校内でCOVID-19陽性者が出ているなどは管轄保健所の「濃厚接触者に該当する者はいない」との判断に関わらず全ての情報を、実習・研修担当教員が当院の実習・研修責任者へ詳細に報告してください。当院の実習・研修責任者が提供された情報を評価し、実習・研修継続についての判断をするので実習・研修についての指示をお待ちください。
5. 医療従事者のCOVID-19対策として実習・研修前や実習・研修期間中の実習・研修時間外の日常生活における自粛への協力をお願いします。
6. 実習・研修開始2週間前及び実習・研修期間中に冠婚葬祭なども含む集会への参加（3密といわれる行動歴）があった場合の情報提供をお願いします。
7. 上記項目に該当し、病院長が当院での感染対策上PCR検査実施の必要性があると判断した場合は、当院でのPCR検査を受けていただくことになります。その際は検査諸経費を含め1人当たり¥25,000（税込）を負担していただくことになりますのでご了解ください。

以上

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

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

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

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

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)

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°C 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°C 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°C 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)

施設名 桐生厚生総合病院

所在地 群馬県 井施設番号 501283

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。

施設名 国立大学法人群馬大学医学部附属病院 所在地 群馬県 施設番号 501272

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

研修生の承諾書

病院研修許可申請書 (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

~~病院研修許可申請書~~

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。

年 月 日

群馬大学医学部附属病院長 殿

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

現住所 _____

病 院 研 修 許 可 申 請 書

貴院において下記研修を受けたく、許可くださるよう関係書類を添えて申請します。
なお、許可のうえは、貴学の諸規則を守るとともに貴院の委任者の指示に従います。

記

1. 研修職種
2. 研修期間

添付書類

履 歴 書 (市販)

免許証の写

勤務先の承諾書 (現在勤務中の者)

感染症状況報告書

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。

施設名 埼玉医科大学病院

所在地 埼玉県 #施設番号 501322

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 []

2024年9月26日現在 当院の規定では 実習期間2日までの実習は
不要となっています。

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

当院の規定の書類によります。

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

当院の規定による書式で「実習生受入申請書」「誓約書」「e3-ニング登録依頼書」が必要となります。実習2日の当院規定のe3-ニング受講が必要となります。
(2024年9月26日現在)

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しております、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 #施設番号 501333

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。

施設名 順天堂大学医学部附属浦安病院

所在地 千葉県 施設番号 501378

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年以内のものでも可]

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 ・ ヘルペス ・ 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 千葉県がんセンター

所在地 千葉県 #施設番号 501344

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 [胸部レントゲン または QFT または T-spotTB]

- 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 提出の必要はありませんか、奥習中は
携帯し、必要時に提示をお願いします。

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

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。

抗体価測定結果およびワクチン接種状況報告書（実習生・研修生用）

提出日（西暦）： 年 月 日

施設等の名称： _____

氏名： _____

1、3、4、5は必ず記載してください。（2は該当者のみ記載してください）

1. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘ワクチン接種歴

		接種日(西暦)			接種日(西暦)
麻疹	1回目	年 月 日	風疹	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日		2回目	年 月 日
ムンプス	1回目	年 月 日	水痘	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日		2回目	年 月 日



※上記「1」のワクチンを2回接種していない場合は「2」を記載してください。（2回接種している場合は「2」は記載不要）※該当する方のみ記載してください

2. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘抗体検査 ※該当する検査方法を○で囲んでください。

対象	検査方法	結果(数値)	検査日(西暦)
麻疹	E I A法・PA法 中和法		年 月 日
風疹	E I A法・HI法 L T I法・E L I A法・C L E I A法		年 月 日
ムンプス	E I A法・中和法		年 月 日
水痘	E I A法・中和法		年 月 日

3. B型肝炎ワクチン接種歴

		接種日(西暦)			接種日(西暦)
1 シリーズ目	1回目	年 月 日	2 シリーズ目	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日		2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日		3回目	年 月 日



※上記「3」のワクチン接種後の検査結果（2シリーズ以上接種した場合は、その後の検査結果）を「4」に記載してください。

4. ワクチン接種後（最終の）B型肝炎抗体検査結果 ※該当する検査方法を○で囲んでください。

対象	検査方法	結果(数値)	検査日(西暦)
HBs 抗体	C L I A法・E I A法 R I A法・P H A法 C L E I A法		年 月 日

5. 胸部レントゲン検査結果 ※該当する検査方法を○で囲んでください。

	検査及び症状	X線結果の異常および咳症状の有無	【異常あり】の場合、治療の有無
国内	直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無	なし ・ あり	治療歴：あり ・ なし
高蔓延国など	直近3ヶ月以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無	なし ・ あり	治療歴：あり ・ なし
高蔓延国以外	直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無	なし ・ あり	治療歴：あり ・ なし

※異常ありかつ治療歴なしの方には別途ご連絡する場合がありますのでご承知おきください。

以上、施設または自身の責任において、相違ないことを報告いたします。

記入例

抗体価測定結果およびワクチン接種状況報告書（実習生・研修生用）

抗体検査結果およびワクチン接種の基準を満たしているか提出前に各自もしくは各施設の責任において確認し提出してください。

提出日（西暦）： 2023年 9月 30日

施設等の名称： ○○○○大学／病院等

氏名： ○○ ○○

1、3、4、5は必ず記載してください。（2は該当者のみ記載してください）

1. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘ワクチン接種歴

		接種日(西暦)			接種日(西暦)
麻疹	1回目	1997年 10月 25日	風疹	1回目	2000年 4月 5日
	2回目	1998年 5月 1日		2回目	年 月 日
ムンプス	1回目	2020年 4月 5日	水痘	1回目	2020年 4月 5日
	2回目	2020年 5月 1日		2回目	2020年 5月 1日

ワクチンを3回以上接種している場合は直近の2回を記入してください。

当院で実習・研修を実施する方の氏名をご記入ください。1名につき1枚ごとに当様式の提出が必要となります。

1歳以上で接種歴がある場合は必ず接種日を記入してください。ワクチン歴がない、または1回のみ接種の方は2へ進んでください。対象者で4種ワクチン接種をされていない方は、その理由を添付の報告書の空白部分に記載してください。

※上記「1」のワクチンを2回接種していない場合は「2」を記載してください。（2回接種している場合は「2」は記載不要）※該当する方のみ記載してください

2. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘抗体検査 ※該当する検査方法を○で囲んでください。

対象	検査方法	結果(数値)	検査日(西暦)
麻疹	E I A法・PA法 中和法	18.3	2020年 5月 20日
風疹	E I A法・H I法 L T I法・E L I A法・C L E I A法	32	2020年 5月 20日
ムンプス	E I A法・中和法	5.0	2020年 5月 20日
水痘	E I A法・中和法	18	2020年 5月 20日

4種ワクチン接種を2回実施していない方で、接種が1回もしくは不明の方は、実習、研修前に最低でも1回は接種していただきますようお願いいたします。

学校等で集団ワクチン接種をしている場合は、別紙を添付いただいても構いません。その際、日時、氏名がわかるものを添付してください。

3. B型肝炎ワクチン接種歴

		接種日(西暦)			接種日(西暦)
1シリーズ目	1回目	2019年 4月 5日	2シリーズ目	1回目	2020年 4月 6日
	2回目	2019年 5月 5日		2回目	2020年 5月 5日
	3回目	2019年 10月 5日		3回目	2020年 10月 5日

学校等で集団検査をしている場合は、別紙を添付いただいても構いません。その際、日時、氏名がわかるものを添付してください。

※上記「3」のワクチン接種後の検査結果（2シリーズ以上接種した場合は、その後の検査結果）を「4」に記載してください。

4. ワクチン接種後（最終の）B型肝炎抗体検査結果 ※該当する検査方法を○で囲んでください。

対象	検査方法	結果(数値)	検査日(西暦)
HBs 抗体	C L I A法・E I A法 R I A法・P H A法 C L E I A法	2.5 未満	2020年 5月 20日

5. 胸部レントゲン検査結果 ※該当する検査方法を○で囲んでください。

	検査及び症状	X線結果の異常および咳症状の有無	【異常あり】の場合、治療の有無
国内	直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無	なし ・ あり	治療歴 あり ・ なし
高蔓延国など	直近3ヶ月以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無		なし
高蔓延国以外	直近1年以内の胸部レントゲン検査の結果および症状の有無		なし

2)世界保健機関（WHO）が公表している結核高まん延国および結核高負荷国での居住歴が6ヶ月以上ある者は、少なくとも3ヶ月以内の撮影した胸部 X線写真の診断結果に異常が無いことおよび咳症状などが無いことを確認の上、報告書に記載してください。

※「異常あり」かつ「治療歴なし」の方には別途ご連絡する場合がありますのでご承知おきください。

提出前に各自もしくは各施設の責任のもと、提出してください。

以上、施設または自身の責任において、相違ないことを報告いたします。

※ご提出いただいた情報は当該実習・研修に関してのみ使用します。

第1号様式

(元号) 年 月 日

千葉大学医学部附属病院長
大鳥 精 司 殿氏 名 ⑩
(元号) 年 月 日生
現住所

病 院 研 修 申 請 書

貴院において下記研修を受けたく、許可くださるよう関係書類を添えて申請します。

なお、許可のうえは、貴学の諸規則を守るとともに貴院の責任者の指示に従います。

記

- 1 研修職種
- 2 研修の種類
- 3 研修期間 (元号) 年 月 日から
(元号) 年 月 日まで

別記様式 2

学部学生・大学院生・研修生・研究

個人情報保護に関する誓約書

(元号) 年 月 日

千葉大学医学部附属病院長 殿

所属等： _____

フリガナ

氏 名： _____

生年月日（西暦）： _____

私は、千葉大学医学部附属病院（以下「病院」という。）において研修又は実習等（以下「研修等」という。）を行う場合において、次の個人情報保護に関する事項を遵守することを誓約します。

1. 個人情報保護に関する法令及び千葉大学における諸規程等を十分理解し、これを遵守いたします。
2. 研修等により知り得た保有個人情報等は、正当な事由なく第三者に漏らしません。その研修等が終了した後も同様といたします。
3. 保有個人情報等を紛失又は紛失した恐れがある場合は、速やかに部署責任者及び部局情報保護管理者に報告いたします。
4. 故意又は重大な過失によって、病院に損害を与えた場合は、その責任を負うことを認めます。

実習・研修担当者各位

実習生・研修生の抗体検査とワクチン接種および胸部X線写真等のお願い

千葉大学医学部附属病院では院内感染予防のため、職員への風疹・麻疹・流行性耳下腺炎・水痘带状疱疹・B型肝炎についてワクチン接種や抗体価のチェック、および結核に対する胸部X線検査等を行っています。この主旨に従い、患者と接する機会を有する実習生・研修生にも協力をお願いしています。

病気・妊娠・アレルギーなどで医師よりワクチン接種を禁止されている人以外は実施するようお願い致します。

1. **対象者は、患者と接する実習および研修を行う方です。**
2. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（4種）のワクチン接種について
 - 1) ワクチン接種記録を添付の報告書に記載して下さい。
 - ※ ワクチンを2回接種している方は直近の2回とも接種日を記載して下さい。
 - (1) 麻疹（MRワクチンも可）
 - (2) 風疹（MRワクチンと可）
 - (3) 流行性耳下腺炎
 - (4) 水痘
3. 4種ワクチン接種を2回実施していない方で、接種が1回もしくは不明の方は、抗体検査の結果を添付の報告書に記載し、可能な限りワクチンを1回接種したことを記載して下さい。
4. B型肝炎ワクチン接種および抗体検査について
 - 1) B型肝炎ワクチンの実施した記録とその後の抗体価結果を添付の報告書に記載して下さい。

なお、ワクチン接種は直近の2シリーズまで接種した記録でかまいません。
5. 胸部X線検査について
 - 国内に居住している方
 - 1) 少なくとも1年以内の撮影した胸部X線写真の診断結果に異常が無いことおよび記載する時点で咳症状などが無いことを確認の上、報告書に記載して下さい。
 - 国外に居住している方
 - 2) 世界保健機関（WHO）が公表している結核高まん延国および結核高負荷国での居住歴が6ヶ月以上ある者は、少なくとも3ヶ月以内の撮影した胸部X線写真の診断結果に異常が無いことおよび咳症状などが無いことを確認の上、報告書に記載して下さい。
 - ※高まん延国および結核高負荷国の最新情報はWHOのHP等でご確認ください。
 - 3) 高まん延国・高負荷国以外の国からの実習の場合は、直近の（少なくとも1年以内）

胸部X線写真の診断結果および咳症状の有無を報告書に記載してください。

6. その他

- 1) 対象者で4種ワクチン接種をされていない方は、その理由を添付の報告書の空白部分に記載してください。(例：医師にワクチン接種を控えるように言われている等)
- 2) 報告書の内容によっては当院の判断により実習および研修が制限される場合があります。
 - ・ ワクチン未接種であることにより、患者や職員に感染が伝播する可能性がある場合は、実習中の体調確認を毎日お願いし、患者への接触を制限する可能性があります。
- 3) 活動性結核の治療が完了していない場合は、実習や見学が許可できない場合があります。
- 4) 院内感染対策上の理由により抗体測定結果およびワクチン接種などの状況を個人及び施設に確認する場合がありますので、速やかにご協力いただくようお願いいたします。
- 5) インフルエンザワクチン等は出来るだけ接種していただくようお願いします。
- 6) 記入漏れや誤記載がないようにしてください。実習や見学が許可できない場合があります。
- 7) 医療従事者のためのワクチンガイドライン（日本環境感染学会）を参考にしておりますので、ワクチンや検査に関する考え方などは、ガイドラインを参照ください。

7. 提出書類

- 1) 抗体価結果およびワクチン接種記録等報告書（添付書類）

※ 抗体検査結果およびワクチン接種の基準を満たしているか提出前に各自もしくは各施設の責任において確認し提出してください。

8. 提出先・連絡先

千葉大学医学部附属病院 総務課 総合医療教育係
電話番号：(代表) 043-222-7171 (内線) 6012、6013

2023年9月

千葉大学医学部附属病院 病院長

施設名 東邦大学医療センター佐倉病院

所在地 千葉県 #施設番号 502859

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

特にありません

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
特にありません

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。

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

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. 通常の社会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に措置を行う。

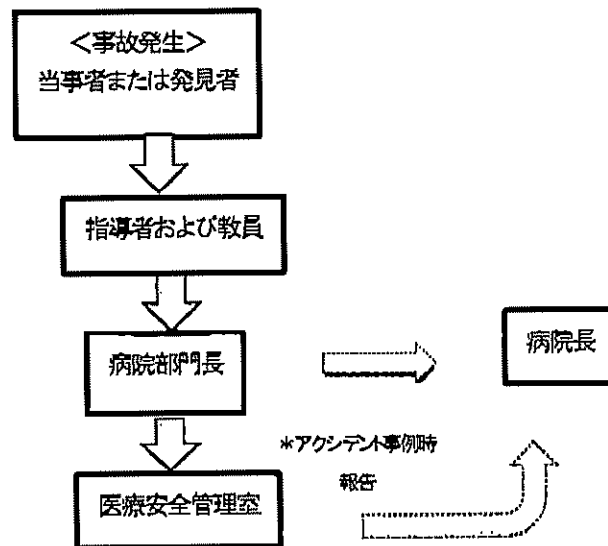
(2) 報告

- 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、个人防护具(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つて、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下さい。

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

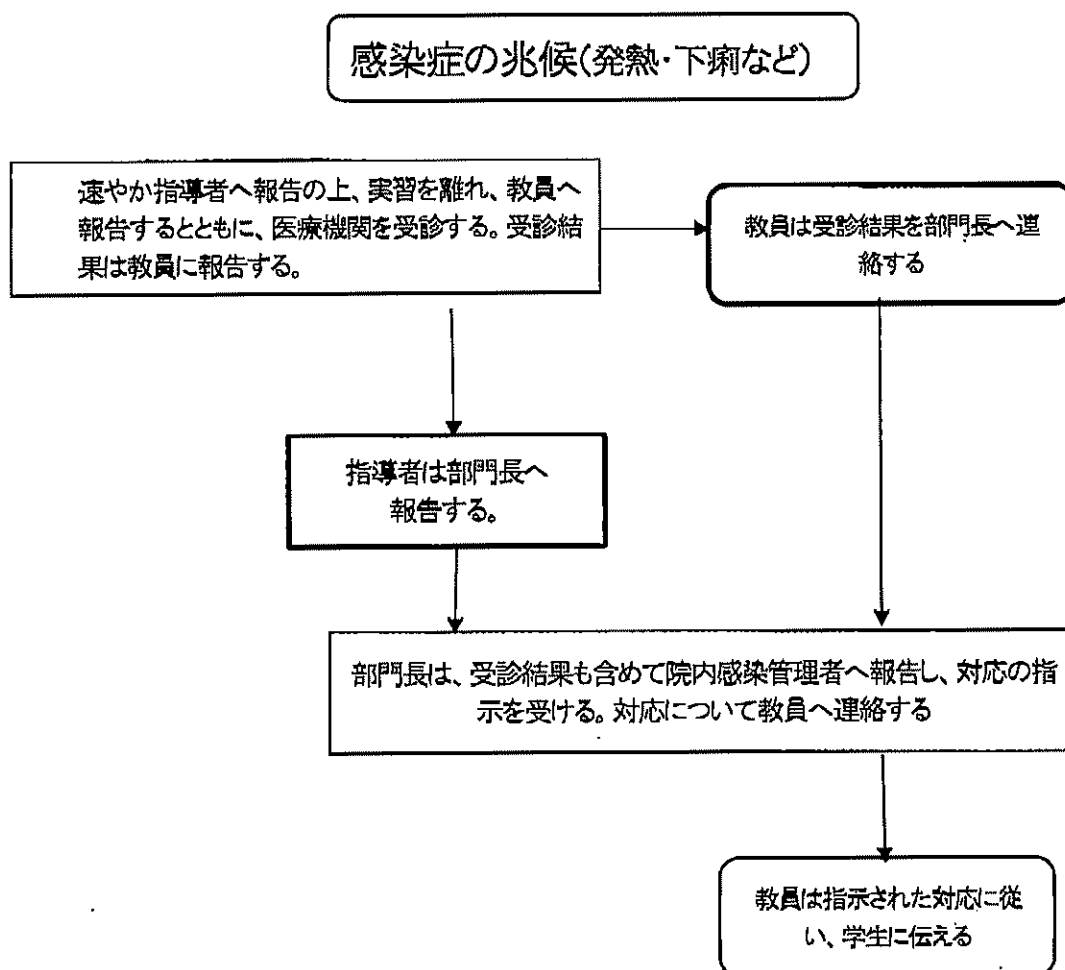
(1) 医療安全対策、感染予防対策、個人情報保護以外の事項については、当センターの諸規程、マニュアルなどに従い業務を行って下さい。

(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)

1号様式

発第 号

令和 年 月 日

国立研究開発法人
国立がん研究センター理事長 殿

養成機関等の所在地
名 称
役 職
代表者氏名

(公印)

受託実習方申請について

下記の者を、貴センターにおいて受託実習生として研修たまわりたく、
必要書類を添えて申請いたします。

記

1. 実習内訳

実習生氏名	ふりがな	実習期間	実習日数	学年	性別
		自令和 年 月 日 至令和 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			

2. 実習内容

3. 実習場所

4. 指導予定者

履 歴 書

ふりがな					<u>写 真 必 須</u>					
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 から記入	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			
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)					越 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、私の費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	<input type="checkbox"/> 受託実習生 <input type="checkbox"/> 任意研修生 <input type="checkbox"/> 客員・外来研究員 <input type="checkbox"/> ダヴィンチ手術症例見学 <input type="checkbox"/> 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 接種日： 年 月 日 年 月 日	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日
	検査日： 年 月 日	検査日： 年 月 日	検査日： 年 月 日	検査日： 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	検査法： <input type="checkbox"/> EIA(IgG) <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NT(中和法)	検査法： <input type="checkbox"/> EIA(IgG) <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> その他()	検査法： <input type="checkbox"/> EIA(IgG) <input type="checkbox"/> IAHA <input type="checkbox"/> その他()	検査法： <input type="checkbox"/> 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

受託実習生／任意研修生／客員・外来研究員／ロボット支援下手術見学／病院見学 記入用

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

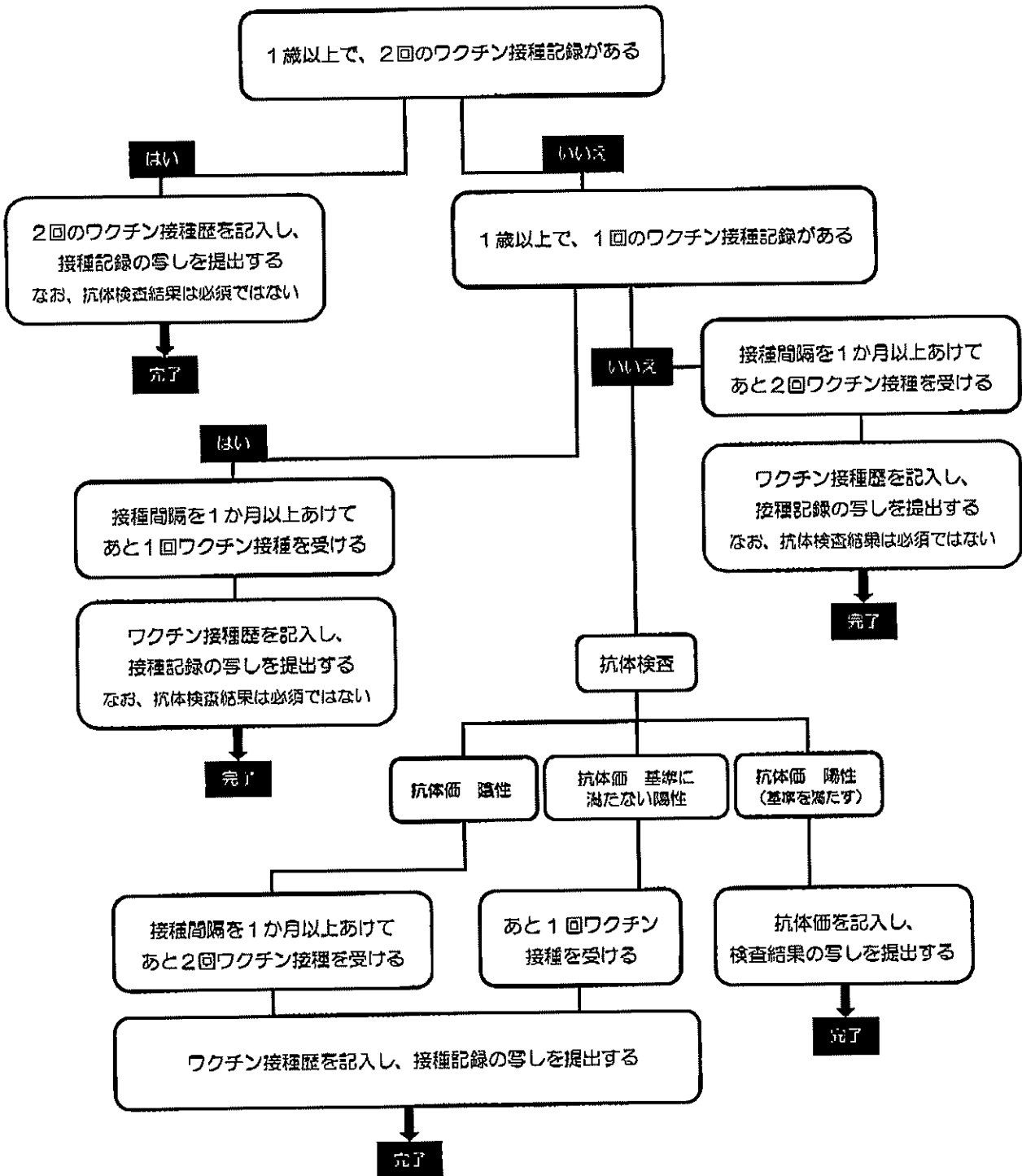
免疫を獲得していない場合は以下の対応を行ってください

- 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専員研究員 ④外来研究員 ⑤連携大学院生 ⑥ダヴィンチ手術症例実習者 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	岡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）

Q No.	質問内容	回答内容
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も含めて対象となります。
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、校体の受け渡しなど尚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 学生の引添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よいのか。	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。
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認識でよいのか）	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）でもよいのか。	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。どうすればよいのか。	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のか。	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のか。 ● 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。どうすればよいのか。 ● 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のか。	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/研修者が原因と認め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、学務的調査、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「基準を満たさない陽性」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。ご参考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問い合わせ」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のか。	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年以上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か月以上あけて2回目接種し、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	近頃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る)
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」「基準を満たさない陽性」「陰性」を記入してください。
22	抗体価について	検査結果が「基準を満たさない陽性（±）」で追加接種をしたが抗体価が陽性の数値にならない。どうすればよいか？	「基準を満たさない陽性（±）」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「基準を満たさない陽性（±）」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？	感染症抗体申告書には検査結果の「基準を満たさない陽性（±）」として記入いただき、ワクチン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「基準を満たさない陽性」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、「基準を満たさない陽性」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ELISA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。ELISA法等で検査いただくか、2回のワクチン接種をお願いします。
26	抗体価について	麻疹が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。ELISA法等で検査いただくか、2回のワクチン接種をお願いします。
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、提出しなくても構いません。

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 井施設番号 501431

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
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、当院の書式)指定)

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
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 順天堂大学医学部附属順天堂医院 所在地 東京都 #施設番号 501408

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

新型コロナウイルス感染症防止のための報告書 (正式後報時に提出済み)

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 (管理科へ送付) へ 研修依頼状を不届き

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 井施設番号 501471

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。

施設名 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 所在地 東京都 #施設番号 501399

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。

虎の門病院
院長 門脇 孝殿

申請機関名
所 在
代表者氏名

⑩

研修（見学）委託願

下記のとおり貴院に於いて研修（見学）をお願いいたしたく、許可くださいますよう申請いたします。

記

1. 研修（見学）生

氏名 _____

(改姓により提出書類と上記氏名が異なる場合は、以下に氏名をご記入ください)

住所 _____

資格取得年月日 _____

2. 研修（見学）希望内容

- ・ 認定輸血検査技師制度における病院研修

3. 研修（見学）期間

4. その他

(注1) 研修生の履歴書・免許（写）を提出してください。

平成 29 年 11 月 1 日

個人情報保護に関する誓約書（両面印刷）

（研修・実習・見学者用）

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院長殿

私は、虎の門病院の研修・実習或いは見学者として、個人情報の取り扱いには、細心の注意を払い、漏えい等の事故がないよう、「個人情報保護方針」に則り「虎の門病院における患者さんの個人情報の利用目的」の範囲内での利用を遵守いたします。

私は、研修・実習・見学中はもちろん、終了後においても、知り得た個人情報を正当な理由なく第三者に漏えいすることや、持ち出すことはいたしません。

以上、誠実に遵守することを確約するとともに裏面についても理解しました。

____年 ____月 ____日

所 属 _____

職 種 _____

氏 名 _____ ④

虎の門病院における個人情報扱いについての遵守事項

個人情報の保護に関する法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、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識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより個人を識別する事が可能なものを含む）と定義されている。ただし医療機関においては、上記定義に関わらず、死亡した患者の情報についても同様に扱う。特に病歴は、「要配慮個人情報」として、扱いに特段の配慮が求められる情報に区分され、本人の事前承諾なくして第三者に提供することが禁じられている。

一般に「病歴」には、患者の基本情報・紙や電子媒体による診療録・処方箋・服薬指導・手術記録・看護記録・検査所見録・照射録・エックス線画像等・診療情報提供書・入院診療経過の要約・診療情報明細書・助産録の内容がある。また遺伝子情報・健康保険証や高齢受給者証の記号や番号及び保険者番号などの個人識別符号や、病歴・調剤情報・健康診断の結果・保健指導の内容・障害者認定の有無等が含まれ、要配慮個人情報として扱うことが要請される。

上記をふまえ、当院規定の「個人情報保護方針」に則り「虎の門病院における患者さんの個人情報の利用目的」の範囲内で利用すること。それに違反する行為は厳に禁じる。

また、患者の氏名その他、特定個人を識別照合できる情報を含まないものであつても、患者本人やその周囲の者が当人の情報であることを確知できる情報を、インターネット等を介して特定、不特定又は多数の者が知り得る状態に置くことを厳に禁ずる。

これらに違反する行為に対しては見学・実習・研修者当人のみならず、その所属機関に対しても厳正に対処する。

国立大学法人東京科学大学病院

施設名 ~~国立大学法人東京医科歯科大学病院~~ 所在地 東京都 施設番号 501409

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

病院長宛の依頼文、ウイルス抗体価検査結果報告書（測定値の根拠資料とワクチン接種証明書も）
誓約書、研修申請書、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
病院長宛の依頼文（協議会から提出頂けたら、研修生からはご不要です。）

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おります、予めご了承ください。

記入例

20220801

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	2016年〇月〇日
						2回目	2016年〇月〇日
						3回目	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)

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

㊞

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				

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 東邦大学医療センター大森病院所在地 東京都 #施設番号 501436

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しております、予めご了承ください。

ウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願い 2 / 3

平成26年9月1日

各位

東邦大学医療センター大森病院
病院長

－ウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願い－

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）にし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

感染対策に関するお願い（学外の方へ）

2024年7月24日

各位

東邦大学医療センター大森病院
病院長

当院では、院内感染の予防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たします。

1) 院内活動時の注意点

- 当日の体調を確認
- 院内では不織布マスクを着用
- 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

- 発熱、咽頭違和感、咽頭痛、咳、下痢、嘔吐、発疹、耳の下が腫れているなどがあれば責任者に報告
- 必要時受診
- 新型コロナウイルス感染症が疑わしい場合、受診または抗原定性検査を検討

3) 感染症の診断を受けた場合

- 新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルス感染症、感染性胃腸炎、麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎などの診断を受けた方は責任者に報告
- 対応は当院の出勤停止の取り扱いに準ずる

【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

施設名 東京医科大学病院

所在地 東京都 施設番号 501454

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
2024年度から依頼した、「実習委託申請書」

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。

施設名 東京女子医科大学病院

所在地 東京都 井施設番号 501457

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
研修当日に当院書式の健康確認シートを記入・提出してもらいます
- 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
研修当日に当院書式の誓約書を記入・提出してもらいます
- 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。

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

施設名 東京医科大学 八王子医療センター 所在地 東京都 施設番号 501488

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 []

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。

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することが必要です。

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下さい。

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) 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)を添付して下さい。

【2】B 型肝炎

	抗体価	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下さい

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。その旨記載下さい。

【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(

【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、八王子医療センター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:1 年以内の健康診断結果(胸部レントゲン項目含む)を添付して下さい。

※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・相談は 総務課 実習担当 まで

当院産業医・感染制御部 署名	確認日
----------------	-----

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取る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取るなど周囲スタッフへ配慮をする。

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。

〈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 田中 信大 殿

私は、貴院の研修及び実習者として、個人情報の性格と重要性を十分に理解し、患者、学生、従業者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院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、従業者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、貴院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。

西暦 年 月 日

住所

氏名 印

学校（社）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 田中 信大 殿

- 私は、貴院の研修・実習者として、期間中、知り得た貴院の秘密情報を、貴院の許可なく、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、貴院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院に報告いたします。
なお、私が、秘密情報の形成、作出に携った場合であっても、貴院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院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院に譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張をいたしません。
- 私は、貴院の情報システム及び情報資産の一切が貴院に帰属していることを理解し、貴院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、貴院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院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、貴院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、貴院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。

西暦 年 月 日

住所

氏名 印

学校（社）名

施設名 日本大学病院

所在地 東京都 施設番号 501394

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
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。

(様式第2号)

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

また、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実習中及び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。

令和 年 月 日

学校・施設名

住 所

氏 名

印

感染症に関する証明書

施設名 _____

学生氏名 _____ (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 _____ (印)

施設名 日本大学医学部附属 板橋病院

所在地 東京都 施設番号 501470

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
依頼文書送付の際に、研修生の個人情報保護に関する誓約書、感染症に関する
証明書も必ず同封して下さい。

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。

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

⑩

施設名 聖マリアンナ医科大学病院 所在地 神奈川県 #施設番号 501508
 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。

ウイルス抗体価保有状況 調査票

フリガナ 氏名	所属(学校名等)		
年齢	歳 月	性別: 男 ・ 女	実習部署:

	*疾患ごとに該当する□に してください	*左の項目でチェックしたものについて記載してください。	
		この欄は有の場合に記載してください	
麻疹	<input type="checkbox"/> 罹患歴	有 無	罹った年齢 歳
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴	有 無	接種した年月 年 月
	<input type="checkbox"/> 抗体価検査結果	有 無	検査法: 抗体価:
	<input type="checkbox"/> いずれもなし		
風疹	<input type="checkbox"/> 罹患歴	有 無	罹った年齢 歳
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴	有 無	接種した年月 年 月
	<input type="checkbox"/> 抗体価検査結果	有 無	検査法: 抗体価:
	<input type="checkbox"/> いずれもなし		
水痘	<input type="checkbox"/> 罹患歴	有 無	罹った年齢 歳
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴	有 無	接種した年月 年 月
	<input type="checkbox"/> 抗体価検査結果	有 無	検査法: 抗体価:
	<input type="checkbox"/> いずれもなし		
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 罹患歴	有 無	罹った年齢 歳
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴	有 無	接種した年月 年 月
	<input type="checkbox"/> 抗体価検査結果	有 無	検査法: 抗体価:
	<input type="checkbox"/> いずれもなし		

記載日	西暦 年 月 日
記載者署名	

※ 今後、病院や医療施設への就職をお考えであれば、罹患歴の確認、不明の場合は抗体検査を実施し、抗体の無い場合は予防接種を受けることをお勧めします。

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個人防護具を装着します。
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:

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 :

施設名 東海大学医学部附属病院

所在地 神奈川県 #施設番号 501562

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 [各施設で行われる健康診断がOK]

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 公立大学法人横浜市立大学附属病院 所在地 神奈川県 #施設番号 501528

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 []
- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
個人情報保護(=肉子誓約書)
- 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を研修開始前に
見学・実習時の問診票は実習初日に提出いたします。研修期間中は毎日
体調確認欄にご記入をお願いいたします。

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

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。

見学・実習時の問診票

この問診票は、当院で臨床実習を行う方たちと、職員、患者さんの安全を守るために実施するものです。
見学・実習されるすべての方に提出をお願いします。

【手順】

- 1 毎朝必ず問診票を記載し部署（責任者もしくは臨床指導者）に提出してください
- 2 院内はサージカルマスクを着用すること
- 3 接触歴で「はい」があった場合：実習生は学内もしくは、学生控室・休憩室で待機。感染制御部に連絡
- 4 体調の確認で「はい」があった場合：実習生は受診するか自宅療養。実習継続については当院の就業制限を参照

※問診票の管理

- ・診療科の見学・実習生は診療科長へ、中央部門は部署責任者へ提出する
- ・看護部は、各部署臨床指導者がとりまとめ、看護部教育担当へ提出する
- ・提出された問診票は、1年保存とする

■ 接触歴（身近な方：同居家族、学校の友人などで）

1) 1週間以内にインフルエンザ、新型コロナウイルスに罹患した方はいますか？	いいえ ・ はい
2) 1週間以内に下痢や嘔吐の症状のある方はいますか？	いいえ ・ はい
3) 2週間以内に麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎に罹患した方はいますか？	いいえ ・ はい

■ 体調の確認

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
37.5℃以上の発熱がある										
喉の痛みがある										
鼻汁がでる										
くしゃみ・咳がでる										
嗅覚・味覚異常										
頭痛がする										
腹痛がある										
嘔気・嘔吐										
下痢している										
眼球結膜の充血・眼脂がある										
上記以外に症状がある方は具体的に症状を記載してください										

私は、以上の質問を理解し、正しく答えました。

記載日	年 月 日
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。

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

所属・学年： _____

氏名： _____

- ※ご記入いただいた個人情報、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.

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。

施設名 国立大学法人新潟大学医歯学総合病院 所在地 新潟県 施設番号 501584

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 [所属機関で実施した]
写してOK

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

- 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おります、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 #施設番号 501664

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 [抗体検査結果について、抗体が未獲得または2回のワクチン接種歴が証明されない場合は原則として言及できません。]

- 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おります、予めご了承ください。

別 表

病院研修生の受入職種

職 種
薬 剤 師
保 健 師
助 産 師
看 護 師
診療放射線（エックス線）技師
臨床検査（衛生検査）技師
臨床工学技士
理 学 療 法 士
作 業 療 法 士
視 能 訓 練 士
義肢装具士
栄 養 士
歯 科 技 工 士
歯 科 衛 生 士
あん摩マッサージ指圧師
は り 師
き ゅ う 師
柔 道 整 復 師
救 急 救 命 士
言 語 聴 覚 士

別記様式第 1 - 1 号

病院研修生受入申請書

年 月 日

山梨大学医学部附属病院長 殿

申請者 氏名 印

下記のとおり、貴病院の研修生として受入れを許可くださるようお願いいたします。

記

ふりがな 氏名		性別	男女
生年月日	年 月 日生 (歳)		
本籍地			
現住所	〒		
所有する免許の種類			
勤務先機関名及び職名	住所 〒		
	機関名		
	職名		
研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
研修の希望部署			
研修目的			
備考			

添付書類： 履歴書（写真添付）、免許証の写し、健康診断書（医師の作成したもの）、
現に職に就いている者は、勤務先所属長の承諾書

別記様式第1-2号

病 院 研 修 生 受 入 申 請 書
令和 年 月 日

山梨大学医学部附属病院
病院長 殿

住 所 _____
機 関 名 _____
機関の長 _____ 印

当機関に所属の下記の者を貴病院において研修を受けたいので、病院研修生として受入を許可くださるようお願いいたします。

なお、この研修に際しては、貴学の諸規則を遵守させるとともに、貴病院長の指示に従わせます。万一、研修生の故意又は重大な過失による事故等により、貴病院に損害を及ぼした場合又は研修生が被災した場合は、当機関が一切の責任を負います。

記

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	性別 男女
現有資格		希望する 研修期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日迄	※	月
氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	性別 男女
現有資格		希望する 研修期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日迄	※	月
氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	性別 男女
現有資格		希望する 研修期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日迄	※	月
氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	性別 男女
現有資格		希望する 研修期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日迄	※	月

- 注) 1 現有資格欄は、薬剤師、看護師等と記載し、その免許証の写しを添付すること。
2 欄が不足する場合は、別紙に同様に記載すること。
3 ※欄は記入しないこと。

別記様式第3-1号

抗体検査結果報告書

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

生 年 月 日 _____

ウイルス疾患名	抗体検査			ワクチン接種歴			
	検査方法	検査実施日	検査結果	接種日			
B型肝炎	EIA法	年 月 日			接種1回目	接種2回目	接種3回目
	CLIA法	年 月 日		第1回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	RIA法	年 月 日		第2回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
麻しん	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
	PA法	年 月 日		第2回目	年 月 日		
水痘	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
	IAHA法	年 月 日		第2回目	年 月 日		
風疹	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
	HI法	年 月 日		第2回目	年 月 日		
流行性耳下腺炎	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
		年 月 日		第2回目	年 月 日		

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

機 関 名 _____

代表者職・氏名 _____ 印 _____

(裏面)

記載注意事項

- 抗体検査の結果は、検査値を記載してください。
- 抗体が未獲得、または、2回のワクチン接種歴が証明されない場合は、実習受け入れが許可されないこともあります。
- ワクチン接種不応者(疾患やアレルギー等によりワクチン接種ができない者)は、別記様式第3-2号により申告してください。

別記様式第3-2号

ワクチン接種不適合者申告書

令和 年 月 日

山梨大学医学部附属病院長 殿

申告者住所 _____

申告者氏名 _____ (署名)

私は、以下のとおりワクチンを接種しませんでしたので申告します。

記

1. 未接種ワクチン名

	ワクチン名
<input type="checkbox"/>	B 型 肝 炎
<input type="checkbox"/>	水 痘
<input type="checkbox"/>	麻 疹
<input type="checkbox"/>	風 疹
<input type="checkbox"/>	ム ン プ ス

注：該当するワクチン名の前の欄に○を付してください。

2. 理由

	ワ ク チ ン 未 接 種 理 由
<input type="checkbox"/>	アレルギーのため
<input type="checkbox"/>	疾患のため
<input type="checkbox"/>	その他 ()

注：該当する理由の前の欄に○を付してください。

その他の場合は、簡単にその理由を記載してください。

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 #施設番号 501682

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X線写真による診断は必須
※実施開始12ヶ月以内
(研修)

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

免許獲得報告書及び誓約書の提出が「必要」です。当院書式が「ありません」。
病院ホームページよりダウンロード可能です。

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

病院研究所(申請書)の依頼状を 病院長宛に「提出」下さい。

研究所生の ①代名 ②期日 ③宛先部署 ④目的(内容) ⑤研究所費等「添付」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。

信州大学医学部附属病院免疫獲得報告書及び誓約書 2 / 2

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 <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 16.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~15.9 1 回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2 回接種推奨
2 ※	風疹 <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 8.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~7.9 1 回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2 回接種推奨
3 ※	ムンプス (流行性耳下腺炎) <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 4.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~3.9 1 回接種推奨 <input type="checkbox"/> 1.9 以下 2 回接種推奨
4 ※	水痘 <u>(必須)</u>	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日 IgG (EIA 法) <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 4.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 2.0~3.9 1 回接種推奨 <input type="checkbox"/> 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 <u>抗体価</u> <input type="checkbox"/> 10.0 以上 追加接種不要 <input type="checkbox"/> 10.0 未満 1 クール (3 回接種) 推奨
6 ※ ※ ※	結核 <u>(必須)</u> 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 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見) ・ インターフェロング遊離試験 (IGRA) * 以下のいずれかの検査に記載してください。 <input type="checkbox"/> QFT (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性) ・ <input type="checkbox"/> T-spot (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 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 of 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 _____