

病院見学用感染症スクリーニングシート

見学者氏名 _____

■ 事前調査項目

| 項目 | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. HBs 抗体 \geq 10 mIU/mL 以上である. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 麻疹ワクチンを 2 回以上接種したことがある, または EIA 法による IgG 抗体価が 16 以上である. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 風疹ワクチンを 2 回以上接種したことがある, または HI 法による抗体価, または EIA 法による IgG 抗体価が 8 以上である. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 水痘ワクチンを 2 回以上接種したことがある, または EIA 法による IgG 抗体価が 4 以上である. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ムンプスワクチンを 2 回以上接種したことがある, または EIA 法による IgG 抗体価が 4 以上である. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(※コメント欄)

■ 見学当日以降の調査項目

| 項目 | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 2 週間以内に職場・家族内で感冒症状や発熱者との接触があった. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 2 週間以内に大都市圏や海外に渡航した. (具体的な場所を記載 : _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 月日 | 体温 | 感冒症状, 味嗅覚障害 | | その他体調不良 | |
|-----|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 月 日 | ℃ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 月 日 | ℃ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 月 日 | ℃ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 月 日 | ℃ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 月 日 | ℃ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

注 発熱、感冒症状、味嗅覚障害は完全に症状が消失してから 2 日間経過するまで見学を認めない。
必要に応じて本用紙をコピーしてお使いください。
附属病院長その他の関係職員の指示に従うこと。
見学中に、故意又は過失により、附属病院の施設、備品等を損傷した場合又は自身もしくは第三者に損害を与えた場合には、その責任を負うこと。