様式第５号（第８条関係）

　　年　　月　　日

公立富岡総合病院　院長　あて

教育機関名

実習者氏名

公立富岡総合病院臨地実習生ワクチン接種歴と罹患歴届

公立富岡総合病院臨地実習受入実施要綱第８条第３項の規定により、下記のとおりワクチン接種歴及び罹患歴届を提出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習名称等 | 受入時期、期間、実日数等 | 備考 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ワクチン接種歴 | 罹患歴 |
| 麻疹（はしか） | あり（１回・２回）・なし・不明 | あり・なし・不明 |
| 風疹（三日ばしか） | あり（１回・２回）・なし・不明 | あり・なし・不明 |
| 水痘（水ぼうそう） | あり（１回・２回）・なし・不明 | あり・なし・不明 |
| 流行性耳下腺炎  （おたふくかぜ） | あり（１回・２回）・なし・不明 | あり・なし・不明 |
| Ｂ型肝炎 | あり（１回・２回・３回）・なし・不明 |  |
| 結核  クォンティフェロン  またはＴスポット | 陽性　・　陰性　・　不明 | ※医学実習生のみ記載 |

　※　該当する箇所に○をつけてください。

　※　母子手帳等をご確認いただき、分かる範囲での記載で構いません。

　※　院内にはこれらの疾患への感染のリスクがありますので、感染対策には十分ご留意

ください。

* さらに詳細な情報（抗体価など）が記載させている教育機関独自の書式がある場合は

添付してください。