

期限： 実習開始日までに
提出： 実習生 → 病院

様式第5号（第8条関係）

令和 4 年 4 月 15 日

公立富岡総合病院 院長 あて

教育機関名 ●●看護専門学校
実習者氏名 看護 一郎

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
基礎看護実習Ⅱ	令和4年5月1日～5月31日（内20日間）	

	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 クオンティフェロン 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注意ください。
- ※ 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。