

各位

社会福祉法人 三井記念病院

実習・研修・見学にかかる健康管理証明書について

医療関係者は自分自身を感染症から守るとともに、自分自身が感染源にならない為にも感染症予防に積極的になる必要があります。来院されるに当たっては、健康状態が良好であることに加え、麻疹・風疹・水痘・ムンプス及び B 型肝炎に対し十分な免疫を獲得している事を推奨し、文書で確認させて頂いていますので、ご協力のほどお願いします。

<目的>

ワクチンで予防ができる伝染性感染症の院内集団感染の危険を低下させる
B 型肝炎について、リスクのあるスタッフの職業感染の予防をする

<対象者>

時間・日数に関係なく、実習・研修・見学などで当院に立ち入られるすべての人

※診療科や部署の取材等を目的とし、患者さんのいない場所に立ち入られる業者の方は見学者ではなく来訪者として、防災センターで受付をしたうえで入館してください

<確認方法>

訪問者を受け入れる部署の職員が窓口になり、次の書類を総務人事課に提出して下さい

①健康チェックリスト（当日提出）

受入部署で内容を確認し、総務人事課へご提出ください。質問項目に「あり」が一つでもある場合は感染制御部と相談になりますが、実習・研修・見学をお断りする場合がありますのでご了承ください。実習等で連日来院する場合、2 日目以降はチェックリストの提出は不要ですが、体調不良がある場合は必ず受入部署の責任者に申告して下さい。

②ワクチン接種完了証明書（4 週間前までに提出）

麻疹・風疹・水痘・ムンプスのワクチン 2 回接種記録が母子手帳などの文書で確認できる場合、証明書に接種日を記載し、接種記録のコピーを添付して提出（この場合は医療機関のサインは不要）。感染既往などでワクチン接種歴がない場合は医療機関で抗体検査を受けて抗体価を記載し、抗体価が基準未満の場合は抗体価に応じた回数のワクチン接種を受け、証明書をご提出ください。医療機関から所定様式の内容を網羅している証明書があれば、それでも代用可能です。

B 型肝炎ワクチンは実習・研修・見学内容によっては必要性が低い場合もあり、全員必須とはしていません。ただし、針刺し事故が起きた際には重要な意味を持ってくるため、各自の判断で接種し抗体価を確認することをお勧めします。接種記録や検査結果をお持ちの方はご記入ください。未記載の場合は未接種者と判断させていただきます。

<提出書類の管理について>

提出された書類は健康管理および感染予防のために使用し、目的の範囲を超えて使用いたしません

<その他>

「三井記念病院 院内感染対策について」を読み、当院の感染対策について事前にご理解ください。

三井記念病院

院内感染対策について

当院で実習・研修・見学を行う皆様は、
次の3つの事項についてよく読み、実践してください。

1. 手指衛生

石けんと流水による手洗いやアルコール製剤による手指消毒を、
下記のタイミングで必ず行って下さい。

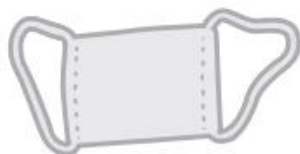
WHOが示す手指衛生が必要な5つの瞬間アプローチ



2. 咳エチケット

〈咳やくしゃみをするときは〉

- ・ティッシュなどで鼻と口を覆いましょう。
- ・マスクを着用しましょう。
- ・とっさの時は袖や上着の内側でおおいましょう。
- ・周囲の人からなるべく離れましょう。
- ・こまめに手洗いをしましょう。



正しいマスク装着方法

- 鼻と口の両方を確実に覆います。
- ゴムひもを耳にかけます。
- フィットするように調節します。



出典：厚生労働省

3. 健康管理

- ・ 咳が2週間を超えて続く場合は、結核、百日咳などの可能性があるので、医師の診察を受けて下さい。
- ・ 発熱、著しい目の充血と眼脂、嘔気・嘔吐、頻回の下痢、原因が分からない皮疹がある場合は、実習・研修を控えて下さい。
- ・ 上記内容をご理解いただけたら、別紙「実習・研修・見学に係る健康観察チェックリスト」にチェック、署名をお願いします。
- ・ 実習、研修期間中に職員から上記内容について確認することがあります。

4. 新型コロナウイルス感染症にかかる 実習期間の注意事項

院内感染が発生したら、患者さんの生死にも関わる重大な結果を招きます。

実習期間は患者さんの命を預かっている医療に携わる者として、感染者としてならないように行動してください。

◆体調管理について

実習中に体調不良を感じた場合は速やかに指導者に申し出て帰宅してください。

発熱や咳などの症状がある場合は実習をお休みしてください。お休みをされる際は、病院だけでなく学校にも連絡をして下さい。

◆マスク着用について

院内では終始サージカルマスクを正しく着用してください。



あごマスク



鼻が出ている



サイズが合っていない

ワクチン接種完了証明書

氏名： _____

(生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※母子手帳・検査結果等のコピー添付により記載を省略する場合、医療機関の証明は不要です※

項目	(1) ワクチン接種歴 (接種日を記載ください)	(2) 抗体価検査結果				ワクチン接種完了基準 (どちらかに☑)
		検査日	検査方法	測定値	基準	
風疹	1回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	☐ EIA (IgG) 法		≥8.0	☐ 満たす
	2回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日		☐ HI 法		≥32	☐ 満たさない
麻疹	1回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	☐ EIA (IgG) 法		≥16.0	☐ 満たす
	2回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日		☐ PA 法		≥256	☐ 満たさない
			☐ 中和法		≥8	
水痘	1回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	☐ EIA (IgG) 法		≥4.0	☐ 満たす
	2回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日		☐ IAHA 法		≥4	☐ 満たさない
			☐ 中和法		≥4	
ムンプス	1回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	☐ EIA (IgG) 法		≥4.0	☐ 満たす ☐ 満たさない

抗体価不足で追加接種する場合の接種回数は、日本環境感染学会のガイドラインに従う

項目	(1) ワクチン接種歴 (接種日を記載ください)	(2) HBs 抗体検査結果		
		結果	基準	基準を
B 型肝炎	1回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日 3回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 数値 (_____)	陽性 または ≥ 10.0 mIU/mL	☐ 満たす ☐ 満たさない

(B 型肝炎ワクチンは全員必須ではありませんが、接種記録や検査結果をお持ちの方はご記入ください)

上記のとおり証明いたします

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

医療機関名 _____

医療機関電話番号 _____

医師氏名 _____ ㊞

麻疹・風疹・水痘・ムンプスの抗体価と必要予防接種回数

	検査法	2回	1回	不要
風疹	H I 法 E I A 法 I g G	8未満 2.0未満	8～16 2.0以上8.0未満	32以上 8.0以上
麻疹	E I A 法 I g G P A 法 中和法	2.0未満 16未満 4未満	2.0以上16.0未満 16～128 4	16.0以上 256以上 8以上
水痘	E I A 法 I g G I A H A 法 中和法	2.0未満 2未満 2未満	2.0以上4.0未満 2 2	4.0以上 4以上 4以上
ムンプス	E I A 法 I g G	2.0未満	2.0以上4.0未満	4.0以上

一般社団法人 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」より抜粋

実習・研修・見学にかかる健康チェックリスト

本日の健康状態について、該当する項目にチェックをお願い致します。

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (1) 本日、発熱がある | ☐ あり | ☐ なし |
| (2) 本日、咳がある | ☐ あり | ☐ なし |
| (3) 本日、下痢をしている | ☐ あり | ☐ なし |
| (4) 本日、皮膚に発疹（ぶつぶつ）がある | ☐ あり | ☐ なし |

☐「三井記念病院 院内感染対策について」を読み、理解しました。

記入日：（西暦） 年 月 日 訪問者署名： _____

<受入部署記入欄>

部署名： _____ 担当責任者： _____

チェック結果： ☐実習・研修・見学に問題なし ☐実習・研修・見学の予定に変更あり

—受入部署 対応責任者の方へ—

- ・上記項目についてひとつでも「あり」があった場合は感染制御部（☎6911）へご相談ください
- ・上記項目に記入・チェック後は、総務人事課に院内便でご提出ください
- ・ご不明な点がございましたら感染制御部までお問い合わせください