

誓約書

独立行政法人国立病院機構災害医療センター院長 殿

私は、貴院の実習生（見学生）として、以下の項目を遵守する事を誓います。

いずれかに違反することがあれば、実習（見学）が中止となっても異議ありません。

署名日 西暦_____年____月____日

所属名称 _____ 氏名 _____

実習（見学）期間 西暦_____年____月____日～西暦_____年____月____日

記

1. 貴院の実習（見学）に際し、個人情報の秘密厳守が生じる事を理解し、その情報を一切外部へ持ち出さない事を誓います。
2. 貴院の各診療科では、原疾患及び加療等により、易感染性患者が多数入院されていることから、以下の病院内感染症伝播防止対策を実習（見学）中に厳守することを誓います。
 - ・実習中に、私が病原体の伝播者（不顕性感染者を含む）となる事を防ぐため、以下のウイルス抗体価測定またはワクチン接種を病院実習前に行い、有意な抗体価に至ったことを確認しました。※抗体価に至るとは、①ワクチン接種歴が2回ある場合、または②下記の基準による抗体陽性

【抗体検査・ワクチン接種状況】（必ず該当する部分に○をつけてください）

	ワクチン 接種歴（1）	ワクチン 接種歴（2）	抗体結果 検査日	抗体陽性基準
麻疹	未・済	未・済	() IU/ml	EIA 法 16 以上
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
水痘	未・済	未・済	() IU/ml	EIA 法 4 以上
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
風疹	未・済	未・済	() IU/ml	EIA 法 8 以上
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	(HI 法 1 : 32 以上)
流行性 耳下腺炎	未・済	未・済	() IU/ml	EIA 法 4 以上
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

※別紙のフローチャートを参照し、対応ください。

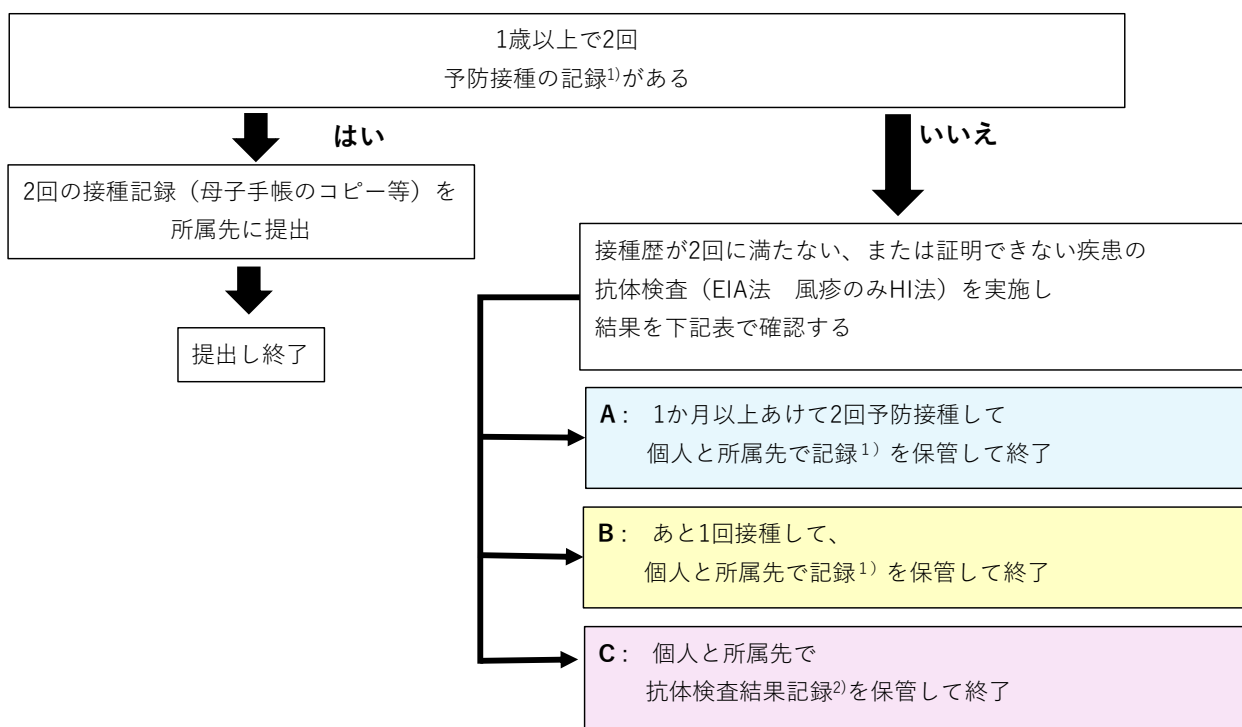
※上記にワクチン接種日を記載し、ワクチンの接種および接種日のわかる証明書を添付ください。

※抗体価検査を実施した場合は、必ず抗体価結果および抗体価の検査方法が記入されている抗体検査証明書（検査結果伝票など）を取得し、その写しをこの誓約書に添付してください。

★抗体価の検査方法は、原則として EIA 法（風疹のみ HI 法が可）とします。

- ・発熱、発疹、呼吸器症状（咳、痰など）の出現時には、実習（見学）を自主的に控えます。
 - ・活動性の感染症疾患に罹患している際には、実習（見学）を行い得ない事を了承します。
3. 実習（見学）期間中の疾病については、個人の責任において対処します。
 4. 実習（見学）期間中に施設、器物等を故意に毀損した際、損害を賠償する義務を負います。

流行性ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）
抗体価・ワクチン接種に関する対応フローチャート



表：各流行性ウイルス疾患の抗体価の受入基準

疾患名	検査法	抗体価陰性（-） 基準を満たさない	抗体価陽性（±） 基準を満たさない	抗体価陽性（+） 基準を満たす
麻疹（はしか）	EIA（IgG）	2.0未満	2.0～15.9	16.0以上
風疹	EIA（IgG）	2.0未満	2.0～7.9	8.0以上
	HI法	1：8	1：8、1：16	1：32以上
水痘	EIA（IgG）	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上
流行性耳下腺炎 （ムンプス）	EIA（IgG）	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上

A

B

C

1) ワクチン名と接種年月日がわかるもの（例）母子手帳、学校や医療機関が発行した証明書 等

2) 検査日、検査項目、抗体価の値がわかるもの