

小児感染症検査について

標題について、当院における小児感染症(①風疹②麻疹③流行性耳下腺炎④水痘)の感染の発生防止のため、ボランティア活動への参加を希望する方には小児感染症の抗体価検査結果を提出いただいております。

当検査については、当院従事の医療関係者として患者さま及びご家族への院内感染防止並びに教職員等の健康管理の観点から、必ず受診していただきますようお願いいたします。

いずれかにチェックしてください。

病棟でのボランティア活動を希望する。

病棟以外でのボランティア活動を希望する。

1 病棟でのボランティア活動を希望する方

(1)お近くの医療機関で、以下の小児感染症について抗体価検査を受け、証明書を発行してもらってください。

<費用> 自己負担になりますことをご了承ください。

<対象 小児感染症> ※以下 4 種類が必須です。

①風疹(三日ばしか)②麻疹(はしか)③流行性耳下腺炎(おたふく風邪)④水痘(みずぼうそう)

※麻疹について→1966年生まれ以前の方は抗体価検査の必要はありません。

(2)検査の結果、陰性(免疫がない)の小児感染症については、ワクチンを接種してください。

<費用> 自己負担になりますことをご了承ください。

※麻疹について→1966年生まれ以前の方は抗体価検査の必要はありません。

※費用と時間短縮のため、抗体価検査はワクチンだけを受ける方法もあります。ワクチンの副作用が気になる場合は、抗体価検査を必要なワクチンだけ接種することをおすすめします。

<注意事項>

抗体価検査やワクチン接種には、日数がかかることがあります。

活動を始めた時期をご考慮し、早めにお近くの医療機関にてご相談ください。

なお、当院では、ワクチン接種外来を行っておりませんので、お近くの医療機関をご利用ください。

2 病棟以外でのボランティア活動を希望する方

小児感染症の抗体価検査は必須ではありませんが、ボランティア活動開始後、病棟での活動を伴うことが生じた場合、小児感染症の抗体価検査結果を提出していただきます。

<費用> 自己負担になりますことをご了承ください。

ただし、病院側の都合により病棟での活動をしていただくことになった場合は、病院側で費用を負担いたします。

氏名 _____

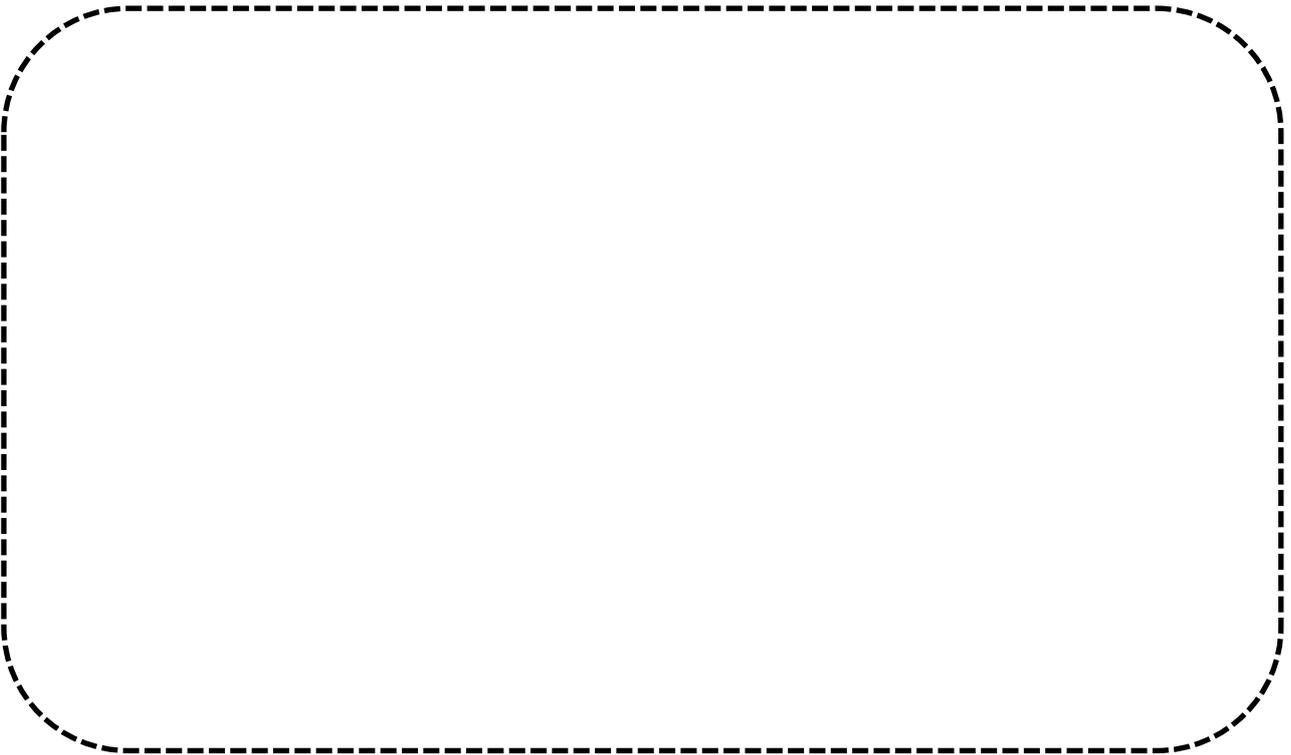
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

小児感染症抗体価検査結果

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

抗体価検査結果添付

①風疹（三日ばしか） ②麻疹（はしか） ③流行性耳下腺炎（おたふく風邪） 水痘（みずぼうそう）



-----<以下事務記入欄>-----

- 病棟活動可
- 病棟活動不可
- 抗体価確認（ 当院 ・ 他院自費 ）
- 証明書類（検査結果コピー）

処理確認年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（確認者： _____ ）