

必ずお読みください

重 要

健康確認票について

健康確認票にある【記入上の注意事項】を必ず読んでから提出して下さい。

記載ミスがある場合、受け付けられません。

【項目についての注意事項】

胸部撮影：入職時から遡って **1年以内** のデータが必要です。
それ以外；入職時から遡って **4年以内** のデータが必要です。

【よくある不備内容】

- ・既に実施している健康診断の中に、結核検査やウイルス抗体検査等を実施していないが、未実施のまま提出。
- ・ウイルス抗体検査のワクチン接種対象数値を満たしていないが、ワクチン接種しないまま提出。また、ウイルス抗体検査の検査法・ワクチン接種年月日の記載がない。

【注意事項：補足】

- ・結核関連検査の血液検査は、**QFT または T-SPOT いずれかの方法** に限ります。
検査結果が疑陽性・陽性の場合、就業しても問題ないのか否かを備考欄に必ず明記して下さい。
- ・ウイルス抗体検査については、必ず「検査日・測定数値・検査法・ワクチン接種年月日」の記載が必要です。
- ・ウイルス抗体検査の**測定数値が【+、-】だけでは受け付けられません。**
必ず数値を記入して下さい。
- ・提出期限までに間に合わず、一部検査やワクチン接種結果を後日提出する場合には、その旨が分かるようにメモなどに記入して同封して下さい。

ご不明な点は各施設までお問い合わせ願います。

健康確認票

学校法人 東京女子医科大学

ふりがな		性別	生年月日	西暦	年	月	日生
氏名		男 女	連絡 可能な	メールアドレス			
				携帯電話番号			
結核関連検査結果							
血液検査 診療に携わる 医師・歯科医師・ 看護師等メディカル スタッフ(事務職 は除く)	検査日	西暦 年 月 日					
	検査方法	QFT			T-SPOT		
	結果	陰性	疑陽性	陽性	その他		
	備考	疑陽性、陽性の場合、予防内服等対応事項があれば記入してください。					
胸部撮影 全職種必須	撮影日	西暦 年 月 日					
	区分	直接撮影			間接撮影		
	結果	異常なし			異常あり		
	所見	異常ありの場合等必要時に記入してください。					
							
ウイルス抗体検査結果 全職種必須							
項目	検査日(西暦)	測定数値	検査法	ワクチン接種年月日(西暦)			
麻疹	/ /			1回: / /	2回: / /	不明	
水痘	/ /			1回: / /	2回: / /	不明	
風疹	/ /			1回: / /	2回: / /	不明	
流行性耳下腺炎	/ /			1回: / /	2回: / /	不明	

記載年月日

住所(所在地)・電話番号

医療機関名

医師の氏名

印

記入上の注意事項

- 既に医療機関や学校等で検査を実施済の場合は、そのデータを転記し、コピーを添付してください。
- 胸部撮影結果は入職日から遡って**1年以内**、それ以外は**4年以内**のデータを有効とします。
データの無い場合は医療機関で検査を受けて記入して下さい。
- 複数の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれ当該項目を記入し複数枚提出しても構いません。
- 麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎のウイルス抗体検査は **IgG-EIA法** にて実施が原則です。
それ以外の検査法でも下記で必ずワクチンの要否を判断し対応して下さい。
- 下記(ワクチン接種対象数値)該当者は必ずワクチンを接種し接種日を記入して下さい。
但し、生来2回のワクチン接種を済ませている場合には、3回目のワクチン接種は不要です。

ワクチン接種対象数値						
検査法	EIA (デッパ生研)	FEIA (VIDAS)	NT法	PA法	HI法	IAHA法
麻疹	16未満	1.44未満	8未満	256未満	—	—
水痘	4未満	0.98未満	—	—	—	4未満
風疹	8未満	32.74未満	—	—	32未満	—
流行性耳下腺炎	4未満	0.97未満	—	—	—	—