

誓 約 書

私は、貴病院内における実習・研修について、以下の事項を厳守します。

なお、いずれかの項目に違反していることが判明した場合、実習・研修が中止されても、一切の異議申し立てをしないことを誓います。

1. 実習・研修は、指導者の命に従い、誠実に行います。
2. 実習・研修中に事故を起こした場合は、国立大学法人神戸大学の故意または過失による場合を除きその責任を負います。
3. 実習・研修の間に知り得た個人情報については、守秘義務が生じることを理解し、実習・研修期間中はもちろん、終了後においてもその情報を第三者に漏らしません。
4. 国立大学法人神戸大学の財産に重大な損害を与えた場合は、その代償の義務を負いません。

5. 医療安全・医療倫理の講義を受講しています。 受講済 未受講
(受講済の場合は最終受講日を記載してください。)

医療安全講義： _____ 年 _____ 月 _____ 日受講済

医療倫理講義： _____ 年 _____ 月 _____ 日受講済

6. 国立大学法人神戸大学医学部附属病院内では、多くの患者が治療、入院されていることから、実習・研修の期間中は、以下の感染症伝播防止対策を厳守します(確認のうえ☑)。
- 発熱、発疹、呼吸症状(咳、痰など)がある場合には、実習・研修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・研修を行えないことを了承します。
 - 実習・研修において、自ら病原体の伝播者(不顕性感染者を含む)となることを防ぐため、別紙のウィルス抗体価測定又はワクチン接種を実習・研修の開始前までに行いました。

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

本人住所

氏 名

(自 署)

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日	職種	ID 番号 (病院側記入欄)
男 ・ 女	年 月 日		

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 _____ 印

年 月 日

医療機関名 _____

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. 別紙1の#2-(2), #3-(2)に該当する方へ勧告対象となるHBV(B型肝炎)について

1シリーズ接種しても基準値未満(0~9.9 mIU/mL)の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。(接種が終了しない場合は、別紙2のリスクについてご理解が必要です。ご検討の上、立ち入る場合は“抗体価検査”に関する項目のみご提出ください。)

		1シリーズ目 ワクチン接種日			
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日
		抗体価検査			
B型 肝炎	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input type="checkbox"/> 10以上
		<input type="checkbox"/> CLIA法			
		<input type="checkbox"/> RIA法			
		<input type="checkbox"/> CLEIA法			
		2シリーズ目 ワクチン接種日			
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日

裏面に続きます

2. 別紙1の#2-(2), #3-(2), #4-(2)に該当する方へ勧告対象となる
4種(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)ウイルスについて

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること	
	検査日		検査方法 (下記以外の 方法は不可)	検査結果	陰性	陽性			
					基準値未満	基準値以上			
	●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない		●検査せず①2回のワクチン接種でもよい		●検査前のワクチン接種歴は①に記載				
					合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要		
麻疹	□ 接種なし (西暦) 年 月 日		□ 検査なし (西暦) 年 月 日		□ EIA法	□ 2未満	□ 2~15.9	□ 16以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日
					□ PA法	□ 16未満	□ 16~128	□ 256以上	
					□ NT (中和法)	□ 4未満	□ 4	□ 8以上	
風疹	□ 接種なし (西暦) 年 月 日		□ 検査なし (西暦) 年 月 日		□ HI法	□ 8未満	□ 8~16	□ 32以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日
					□ EIA法 (7' 幼生研)	□ 2未満	□ 2~7.9	□ 8以上	
					□ EIA法 (IU)	□ ΔA0.100未満	□ 30IU/mL未満	□ 30IU/mL以上	
					□ ELFA法	□ 10IU/mL未満	□ 10~44.9IU/mL	□ 45IU/mL以上	
					□ LTI法	□ 6IU/mL未満	□ 6I~29.9IU/mL	□ 30IU/mL以上	
					□ CLEIA法 (IU)	□ 10IU/mL未満	□ 10~44.9IU/mL	□ 45IU/mL以上	
					□ CLEIA法 (抗体価)	□ 抗体価 4未満	□ 抗体価 4~13.9	□ 抗体価 14以上	
					□ FIA法 (AD)	□ 抗体価 1.0AI未満	□ 抗体価 1.0~2.9AI	□ 抗体価 3.0AI以上	
水痘	□ 接種なし (西暦) 年 月 日		□ 検査なし (西暦) 年 月 日		□ EIA法	□ 2未満	□ 2~3.9	□ 4以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日
					□ IAHA法	□ 2未満	□ 2	□ 4以上	
					□ NT (中和法)	□ 2未満	□ 2	□ 4以上	
流行性 耳下 腺炎	□ 接種なし (西暦) 年 月 日		□ 検査なし (西暦) 年 月 日		□ EIA法	□ 2未満	□ 2~3.9	□ 4以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	クスノキ タロウ
氏名	楠木 太郎

性別	生年月日	職種	ID 番号 (病院側記入欄)
男・女	1998年 4月 25日	看護師	

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 神戸 花子



2021年 3月 25日

医療機関名 神戸内科医院

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. 別紙1の#2-(2), #3-(2)に該当する方へ勧告対象となるHBV (B型肝炎) について

1シリーズ接種しても基準値未満 (0~9.9 mIU/mL) の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。(接種が終了しない場合は、別紙2のリスクについてご理解が必要です。ご検討の上、立ち入る場合は“抗体価検査”に関する項目のみご提出ください。)

1シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	2017	年 4 月 6 日	
2回目	(西暦)	2017	年 5 月 19 日	
3回目	(西暦)	2017	年 10 月 13 日	
抗体価検査				
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
(西暦) 2017年 11月 27日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input checked="" type="checkbox"/> 10以上
	<input checked="" type="checkbox"/> CLIA法	1000		
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> CLEIA法			
2シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年 月 日		
2回目	(西暦)	年 月 日		
3回目	(西暦)	年 月 日		

裏面に続きます

2. 別紙1の#2-(2), #3-(2), #4-(2)に該当する方へ勧告対象となる
4種(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)ウイルスについて

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1 ●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2						必要な追加対応(左記)に従い、検査後の接種日を記載すること
		検査日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
						基準値未満	基準値以上	
					必要な追加対応※2			
					合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要	
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 2015 年 3月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT(中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input type="checkbox"/> HI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法(テノシ生研) <input type="checkbox"/> EIA法(IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法(IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法(抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法(AI) <input type="checkbox"/> FIA法(IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	0.2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> ΔA0.100未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 6IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 抗体価4未満 <input type="checkbox"/> 抗体価1.0AI未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 8未満 <input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価1.0~2.9AI <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 2021 年 3月 5日
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT(中和法)	5.6	<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法	3.5	<input type="checkbox"/> 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 年 月 日

1. 場所：病棟・低侵襲棟・外来棟の各診療部門および検査部門への立ち入り

(1) なし

ワクチン関連書類の提出は不要

(例：会場がシスメックスホール、神緑会館
地域活性化センターのみ等の場合)

(2) あり

2. 患者との接触、病室への入室の有無

(1) なし

(2) あり

4種ウイルスとHBV

ワクチン関連書類の提出が必要

3. 血液・体液曝露の可能性の有無

(1) なし

(2) あり (例：内視鏡処理等)

4種ウイルスとHBV

ワクチン 関連書類の提出が必要

* 4種ウイルス：麻疹、風疹、水痘、
流行性耳下腺炎を指します。

* # 2-(2), # 3-(2)
に該当するにも拘らず、
HBVワクチン接種が実習等の
開始までに完了できない場合は、
**血液・体液曝露時のリスクに
関する理解**が必要です。別紙2の
血液・体液曝露時の対応フロー
チャートを実習生等の派遣元で
確認した上で、実習等を行うか
見合わせるかについてご検討
ください。

4. 1年の期間内で、0.5日を単位として2.0日を

(1) 超過しない

ワクチン関連書類の提出は不要

(例：院内研修会・会議等に参加する部外者、
監査目的で立ち入る部外者等)

(2) 超過する

**4種ウイルス
ワクチン関連書類
提出が必要**

血液・体液曝露時の対応フローチャート
 (当院の場合：院内感染対策マニュアルより抜粋)

血液・体液により針刺し・切創、粘膜・皮膚曝露の発生

速やかに曝露部位を十分に洗う

曝露源が明確な場合

曝露源が不明の場合

HBs抗原(+) + HCV抗体(+) + HIV抗原・抗体(+) として扱う。

曝露源の
HBs抗原、HCV抗体、HIV抗原・抗体
すべて(-)

曝露源の
HBs抗原(+)

曝露源の
HCV抗体(+)

曝露源の
HIV抗原・抗体(+)

曝露者の
HBs抗体(+)
HBs抗原(-)

曝露者の
HBs抗体(-)
HBs抗原(-)

*曝露者のHBs抗原
(+)の場合、医療機関
へ連絡する

できる限り早く
抗HIV薬の予防内服開始

有症状時には受診

**HBIG(48時間以内が望ましい)2回
あるいは、1回+HBワクチン(計3回)**

通常曝露後予防は行わない
*ただし、曝露状況によっては
予防内服が必要な場合がある。

6(~12)か月間、医療機関で経過観察が必要とされる

- * HBs : B型肝炎ウイルス
- * HCV : C型肝炎ウイルス
- * HBIG : ヒト血液中のHBs抗体を製剤化したもの。