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，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. 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す。

５. 医療安全・医療倫理の講義を受講しています(必須。複数回にわたる場合は最終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. 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，

下記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。

※ 下表の最右列の判定項目①～③いずれかに〇が付く場合は，実習･研修可能です。

※ 必ず抗体価及び抗体価の検査方法の記載がある抗体検査証明書やワクチン接種を証明する書類を取得し，

その写しを添付してください。ワクチン接種が途中の場合にはその旨を申し出てください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4種 | 基準を満たす条件 | ワクチン接種日，抗体価検査日  検査法は○で囲む | | 満たす条件  に○を記入 |
| 麻疹 | ①検査実施の有無や抗体価に関わらず2回以上の接種歴がある | 1回目 | 年　　 月　　 日 |  |
| 2回目 | 年　　 月　　 日 |
| ②抗体価が以下のいずれか  　EIA法で16以上，PA法で256倍以上，中和法で8倍以上 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査法 | （EIA ・ PA ・ 中和） |
| ③抗体価が以下のいずれかで検査後にワクチン1回接種  　EIA法で2～15.9，PA法で16～128倍，中和法で4倍 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査法 | （EIA ・ PA ・ 中和） |
| 検査後の接種日 | 年　　 月　　 日 |
| 風しん | ①検査実施の有無や抗体価に関わらず2回以上の接種歴がある | 1回目 | 年　　 月　　 日 |  |
| 2回目 | 年　　 月　　 日 |
| ②抗体価が以下のいずれか  　EIA法で8以上，HI法で32倍以上 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査法 | （EIA ・ HI） |
| ③抗体価が以下のいずれかで検査後にワクチン1回接種  EIA法で2～7.9，HI法で8～16倍 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査法 | （EIA ・ HI） |
| 検査後の接種日 | 年　　 月　　 日 |
| 水痘 | ①検査実施の有無や抗体価に関わらず2回以上の接種歴がある | 1回目 | 年　　 月　　 日 |  |
| 2回目 | 年　　 月　　 日 |
| ②抗体価が以下のいずれか  　EIA法で4以上，IAHA法で4倍以上，中和法で4倍以上 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査法 | （EIA ・ IAHA ・ 中和） |
| ③抗体価が以下のいずれかで検査後にワクチン1回接種  　EIA法で2～3.9以上，IAHA法で2倍，中和法で2倍 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査法 | （EIA ・ IAHA ・ 中和） |
| 検査後の接種日 | 年　　 月　　 日 |
| 流行性  耳下腺炎 | ①検査実施の有無や抗体価に関わらず2回以上の接種歴がある | 1回目 | 年　　 月　　 日 |  |
| 2回目 | 年　　 月　　 日 |
| ②抗体価　EIA法で4以上 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| ③抗体価がEIA法で2～3.9で検査後にワクチン1回接種 | 検査日 | 年　　 月　　 日 |  |
| 検査後の接種日 | 年　　 月　　 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認 | | | | | | 判定：①を満たすか，  ② の 3 回以上の接種があれば〇 |
| 抗体検査日（西暦） | ①抗体陽性基準 | ②ワクチン接種歴（西暦） | | | |
| 1 回目 | 2 | 回目 | 3 回目 |
| 陰性・ 陽 性  　　　年　　月　　日 | 10mIU/I | 未　 ・　 済  年　　月　　日 | 未　 ・　 済  年　　月　　日 | | 未　 ・　 済  年　　月　　日 |  |

※ B型肝炎ワクチン接種は１回目から２回目を 1 か月以上あけ，３回目は 1 回目から 6 カ月あけてください。

神戸大学医学部附属病院長 殿 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属  (学校等) |  | 氏名 |  | ㊞ |
| 保証人身分  (研修のみ) |  | 氏名 |  | ㊞ |