

易感染性患者入院診療科病院見学/実習誓約書

国立国際医療研究センター病院長 杉山 温人 殿

私、_____ 所属 _____ は、
 今回の貴センター貴科での病院見学/実習に関し、以下の諸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、見学/実習が中止となっても異議ありません。

本人署名 _____ 署名日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 実習期間（予定） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 （第一希望の実習期間を記入のこと）

記

1. 国立国際医療研究センターでの病院見学/実習に際し、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. 国立国際医療研究センターの各診療科では、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事から以下の病院内感染症伝播防止対策を病院見学/実習中に厳守する事を誓います。
 - ・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事を確認しました。
 - ※抗体価に至るとは、①下記の基準による抗体陽性、または②ワクチン接種歴が2回ある場合

抗体検査・ワクチン接種状況等（必ず該当する部分に○をつけて下さい）

	抗体結果 検査日	抗体陽性基準	ワクチン 接種歴（1）	ワクチン 接種歴（2）
麻疹	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 16 以上 (PA 法 1:256 以上)	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日
水痘	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 4 以上 (IAHA 法 1:4 以上)	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日
風疹	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 8 以上 (HI 法 1:32 以上)	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日
流行性 耳下腺炎	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 4 以上	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日

※ 必ず抗体価および抗体価の検査方法の記載がある抗体検査証明書を取得し、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法とします。

※ 記載された検査結果が検査限界未満（陰性）であった場合には2回（1回目と2回目を28日以上あける）、陰性ではないものの基準以下の場合には1回のワクチン接種を実施していただき、接種日を記載してください。

- ・発熱、発疹、呼吸器症状（咳、痰など）の出現時には、病院見学/実習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、病院見学/実習を行い得ない事を了承します。

3. 見学/実習期間中の疾病及び事故については、個人の責任において対処します。

4. 見学/実習期間中に施設、器物等を毀損した際、損害を賠償する義務を負います。