【病院内における感染防止のためのアンケート】

～YCH 内で実習・研修を行われるみなさまへ～

淀川キリスト教病院では、患者様および職員を病院感染から守ることを目的に当院で実習・研修を行われる方に病院感染を起こしやすい疾患に関する抗体価の確認及びワクチンの接種歴について確認をしています。

この目的以外のことで使用することはありませんし、実習・研修終了後不要になった時点で責任をもって処理いたしますのでアンケートへの記入のご協力をお願いします。

実習・研修部署（　　）　実習・研修期間（　　～　　）
施設・学校名（　　）　氏名（　　）

１．小児ウイルス疾患（麻疹・水痘・風疹・ムンプス）について
以下の疾患について該当するところに○を記入して下さい。

	罹患した	ワクチンを接種した		抗体価がある	不明	3 週間以内の
		子供の頃	成人してから	(血液検査で確認)		罹患者との接触
麻疹						
水痘						
風疹						
ムンプス						

２．血液感染する疾患について
ご自身の肝炎ウイルス HBV 抗体価の有無を知っていますか？　（　はい　・　いいえ　）
肝炎ウイルス HBV ワクチンは接種されていますか？　（　はい　・　いいえ　）

実習・研修の開始時あるいは期間中に病院感染の可能性が考えられた場合は、患者様および実習・研修生の安全を確保するために、その実習・研修の見合わせや中止をお願いすることがあります。

ご協力ありがとうございました。

淀川キリスト教病院　感染防止委員会