

令和7年度新採用職員 各位

総務課
産業保健師

令和7年度新採用職員 予防接種歴調査のお願い

標記につきまして、当院の医療従事者として働く皆様へ予防接種歴の調査を実施いたします。皆様の健康を守り、安全な医療環境を構築するため、感染症対策の一環として、皆様の予防接種歴を把握させていただきます。いただいた情報は、感染対策等の衛生管理のみで使用し、外部へ漏れることがないように厳重に保護いたします。

つきましては、下記の通り別紙調査票に必要事項をご記入いただくようお願いいたします。

記

1. 調査内容
麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、B型肝炎
・ 上記5つの予防接種について、接種日を調査いたします。
・ 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎については、1歳以上で接種した接種日をご記入ください。
2. 提出物
①別紙「4疾患感染症及びB型肝炎の予防接種に関する調査票」
・ 太枠内をご記入ください。

②予防接種歴が確認できる書類の写し（A4用紙、氏名記入）
・ 母子手帳や医療機関からの証明書の写しを、別紙調査票にホチキス止めにて提出してください。
3. 提出先
医師： 医局秘書 橋本・青木
医師以外： 総務課 産業保健師 安井
4. 提出期日
令和7年4月30日
5. その他
ご不明な点等ございましたら、下記担当者までお気軽にお問い合わせください。ご協力よろしく願いいたします。

以上

<問い合わせ先>

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

総務課 担当：安井（産業保健師）

TEL：0166-33-7171（院内 PHS 4365）

Mail：eiseikanri@ja-hokkaidoukouseiren.or.jp

4疾患感染症及びB型肝炎の予防接種に関する調査票

記入日（西暦） 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別	男	・	女	

《麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎》

各疾患ごとに(1)(2)に該当する項目に☐をいれ、必要事項を記入してください。

母子手帳、医療機関からの証明書等を確認の上記入し、その写し(A4、氏名記入)をホチキス止めにて添付してください。

※MR(麻疹・風疹混合ワクチン)は、麻疹と風疹の欄に日付を記入してください。

麻疹	<input type="checkbox"/> (1) ワクチン接種歴がある	1回目：西暦	年	月	日
		2回目：西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)				
風疹	<input type="checkbox"/> (1) ワクチン接種歴がある	1回目：西暦	年	月	日
		2回目：西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)				
水痘	<input type="checkbox"/> (1) ワクチン接種歴がある	1回目：西暦	年	月	日
		2回目：西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)				
流行性 耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> (1) ワクチン接種歴がある	1回目：西暦	年	月	日
		2回目：西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 予防接種を受けたことがない(接種したことを証明できる書類がない)				

《B型肝炎》

母子手帳、医療機関からの証明書等を確認の上記入し、その写し(A4、氏名記入)をホチキス止めにて添付してください。

(1) B型肝炎ワクチンの接種歴がある場合は、接種日を記入してください。

1クール目	1回目：西暦	年	月	日
	2回目：西暦	年	月	日
	3回目：西暦	年	月	日
2クール目	1回目：西暦	年	月	日
	2回目：西暦	年	月	日
	3回目：西暦	年	月	日

《ワクチン接種の免除申告》

免疫疾患やワクチン接種によるアレルギーがあるなど予防接種が困難と診断されている場合は、下記に予防接種困難なワクチンの種類と理由を記入してください。

該当ワクチン：

理由：