

2026年度 小児治験ネットワーク 第10回 CRC 教育研修会

実地研修 研修生募集要項

1. 対象者

以下をすべて満たす方。

- 2026年度小児治験ネットワーク第10回 CRC 教育研修会（座学研修）を4時間以上受講し、参加証明書が発行された方。
- 小児治験ネットワーク加盟施設においてCRCとして実務に携わることが予定されている、もしくは既に携わっている方。

2. 研修期間

原則2日間（2026年9月～2027年2月の期間に実施する予定です。）

3. 研修場所

小児治験ネットワークに加盟する対象施設（別紙参照）において実施いたします。

研修先は事前に希望を伺います（第三希望まで）。対象施設における受入可能人数を超える希望者がいる場合は、抽選で研修先を決定いたします。必ずしも希望通りの施設になるとは限りません。

4. 費用

日額5,000円（税別）

※費用の支払いに際し、受入施設の運用に則った手続き（契約等）をしていただきます。詳細は受入施設決定後にお知らせいたします。

5. 修了証書

座学研修および実地研修の両者を受講し、研修報告書の提出等の条件を満たした方に修了証書を交付いたします。

6. 留意事項

対象施設における研修生受入れにあたり、院内感染予防の観点から、小児・妊婦に影響の大きい感染症等に関して予防対策をお願いしております。実地研修を申し込まれる際には、予め希望される研修先（対象施設）が定める提出書類をご確認いただき、研修先決定後、速やかに提出できるようご準備いただければ幸いです。各対象施設の提出書類詳細は別紙をご覧ください。

7. 申込方法・申込締切

「実地研修 研修生派遣申請書（様式2）」に必要事項を記入の上、「9. 書類送付・問い合わせ先」の事務局まで E-mail にてお申込みください。

申込締切：2026年6月12日（金）必着

8. 個人情報について

様式2に記載された個人情報は、本研修の運営・管理のために使用いたします。

9. 書類送付・問い合わせ先

小児治験ネットワーク事務局

（国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 臨床研究センター 多施設連携部門
ネットワーク推進ユニット）

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

TEL：03-5494-7297 FAX：03-3415-6230 E-mail：jctn@ncchd.go.jp

2026年度 小児治験ネットワーク 第10回 CRC 教育研修会

実地研修 対象施設

施設名称	提出書類	契約の要否	その他
自治医科大学附属病院 (栃木県)	なし	不要	-
東京都立小児総合医療センター (東京都)	職員および実習・見学者(2日以上)の 感染症申告書	不要	・患者エリアに入られる関係者の方へ ・ワクチンフローチャートおよび抗体価の検査基準表 https://www.tmph.jp/shouni/relation/vaccination.html
国立成育医療研究センター (東京都)	胸部 X 線検査実施状況及び抗体価検査・ワクチン接種証明	センター様式の契約書を使用し、 研修生が所属する医療機関と契約締結が必要。	-
神奈川県立こども医療センター (神奈川県)	・研修申請書(様式 1) ・誓約書(様式 2) ・健康診断書(胸部 X 線所見を含む。写し可。原則として研修日から起算し6ヶ月以内) ・感染症免疫獲得状況等調査表(様式 4)	研修費用を研修前に支払う場合は契約不要。 研修後に支払う場合は、センターと研修生が所属する医療機関との契約が必要。	抗体価の確認は、 医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版 の S9 表 1 に則って実施。
大阪母子医療センター (大阪府)	・呼吸器疾患問診票(様式 4) ・感染既往歴問診票(様式 5)	不要	センター様式「 実地修練生依頼書 」(研修生所属医療機関の長の押印必要)の提出が必要。 (その後センター長より承諾書を発行する。)

※施設様式は随時更新される可能性があります。研修先に提出される際には最新の様式等であるかをご確認いただきますようお願いいたします。

職員および実習・見学者(2日以上)の感染症申告書

職員（実習・見学者）名 _____

見学予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

見学診療科 _____

滞在期間 : 2日以上1週間未満 ・ 1週間以上

患者さんとの接触 : あり ・ なし (該当するものに○)

→事前に接種が必要なワクチンを**フローチャート①**で確認

接種が必要なワクチンに関して、下記の項目について記入をお願いします。

疾患	接種回数	予防接種実施日
インフルエンザ	冬季(12-3月)のみ 1回	年 月 日
百日咳 (1週間以上の滞在の場合)	成人期に1回	年 月 日

※**フローチャート②**を参照

抗体価測定が必要となった場合は、抗体価に数値を記入の上、別紙「**抗体価の解釈の仕方**」を参照し、「追加接種不要・1回追加必要・2回追加必要」いずれかにチェックし、必要回数を接種してください。

疾患	検査方法	検査結果	検査実施日	予防接種実施日
麻疹	<input type="checkbox"/> EIA 法	抗体価 ()	年 月 日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> PA 法	<input type="checkbox"/> 追加接種不要		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 中和法	<input type="checkbox"/> 1回追加接種が必要 <input type="checkbox"/> 2回追加接種が必要		
風疹	<input type="checkbox"/> EIA 法	抗体価 ()	年 月 日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> HI 法	<input type="checkbox"/> 追加接種不要		年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他: ()法	<input type="checkbox"/> 1回追加接種が必要 <input type="checkbox"/> 2回追加接種が必要		
水痘	<input type="checkbox"/> EIA 法	抗体価 ()	年 月 日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> IAHA 法	<input type="checkbox"/> 追加接種不要		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 中和法	<input type="checkbox"/> 1回追加接種が必要 <input type="checkbox"/> 2回追加接種が必要		
ムンプス (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> EIA 法	抗体価 ()	年 月 日	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 追加接種不要		年 月 日
		<input type="checkbox"/> 1回追加接種が必要 <input type="checkbox"/> 2回追加接種が必要		

※フローチャート③を参照

疾患	検査方法	検査結果	検査実施日	予防接種実施日
HBV (1週間以上の 滞在の場合)	<input type="checkbox"/> HBs 抗体	抗体価 <input type="checkbox"/> 陽性 (10mIU/mL 以上) <input type="checkbox"/> 陰性	年 月 日	年 月 日 年 月 日

1年以内の胸部レントゲン	撮影日 年 月 日
	異常なし・異常あり (詳細) *

*異常陰影がある場合は、医師の診断書を提出してください。

本申告書は、事前の提出が必要です。

原則、施設に入る 2 週間前までには、予防接種を完了してください。ワクチンの接種不適応者にあたる場合等は、事前にご相談ください。

当院に赴任される場合は、総務課を通じて産業医から別途、上記以外も含む全てのワクチン接種歴および必要に応じて抗体価の提出が求められます。全ての記録を保存またはコピーして提出できるようにしておいてください。

接種証明書の例：母子手帳のコピー、医師の書いた診断書（本人記載不可）、予防接種問診票のコピー、その他の接種を証明できる書類、当院のワクチン接種証明書（別紙参照）

ご不明な点は、受け入れ部署の担当者を通じて、総務課までお問い合わせください。

問い合わせ先 総務課 内線 3416

患者エリアに入られる関係者の方へ

令和6年5月1日
病院長

当院の基本理念は、小児の「こころ」から「からだ」に至る高度・専門及び急性期医療を提供するとともに、胎児期から思春期・成人期まで総合的な成育医療を提供し、都における小児医療の拠点としての役割を果たすことです。

当院は、小児の専門医療施設で、感染症に弱い患者さんを含むたくさんの方が治療を受けています。病院で働く職員、病院を訪問する医療関係者の皆さんには、患者さんに感染症をうつさないために、下記の対応をお願いしています。

ワクチン接種を完了していない等、基準を満たさない場合は、原則、患者エリア（外来、入院病棟）には入れません。ワクチンの接種不適応者等にあたる場合は、事前にご相談ください。

患者エリアに立ち入らない場合は、この限りではありません。

1. 1日のみの見学の場合
「院内見学者チェックシート」*に記入をしてください。
2. 2日以上の場合
①麻疹、②風疹、③水痘、④おたふくかぜの予防接種記録または抗体価結果、胸部レントゲン結果の提出が必要です。基準を満たさない場合は、ワクチンの追加接種をお願いします。
⑤インフルエンザワクチン（12月～3月）は、患者エリアに入られる時点での、国内で接種可能な最新の接種をお願いします。
3. 7日以上、または継続して患者エリアへの立ち入りを予定している場合
上記に加え⑥B型肝炎ワクチン、⑦百日咳ワクチンが接種されている必要があります。
*当院で就業される方、継続して立ち入りを予定している方は、上記7種類のワクチン接種をお願いします。

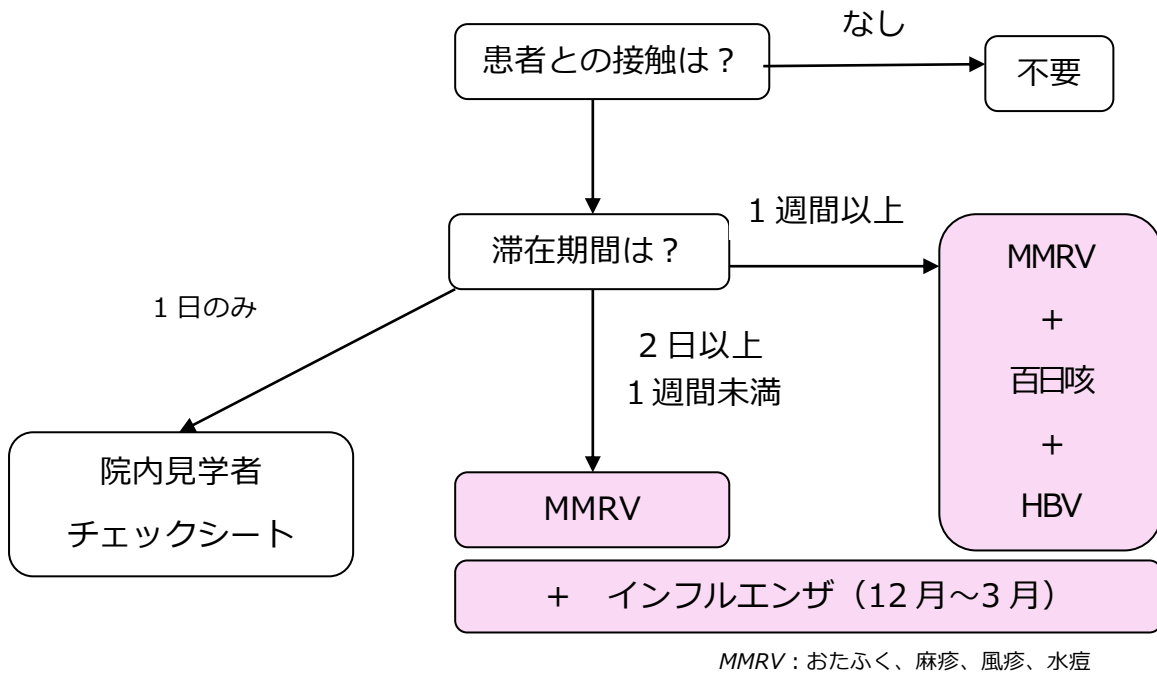
- 1日のみの見学者は、「院内見学者チェックシート」*を記入し、当日、受け入れの部署の担当者に提出してください。チェックフローを参照し、基準を満たしているか確認してから、来院してください。
- 2日以上、患者エリアに入られる方は、「職員および実習・見学者(2日以上)の感染症申告書」**の該当項目を記載してください。必要に応じて、ワクチン接種記録、抗体価検査結果、胸部レントゲン結果の提出も必要となります。麻疹、風疹、水痘、ムンプスの抗体価の測定方法は、抗体価の検査基準表に記載されている項目で行ってください。
「職員および実習・見学者(2日以上)の感染症申告書」**は、事前の提出が必要です。提出方法については、総務課までお問い合わせください。

必要書類は、ホームページよりダウンロードし、ご記入ください。

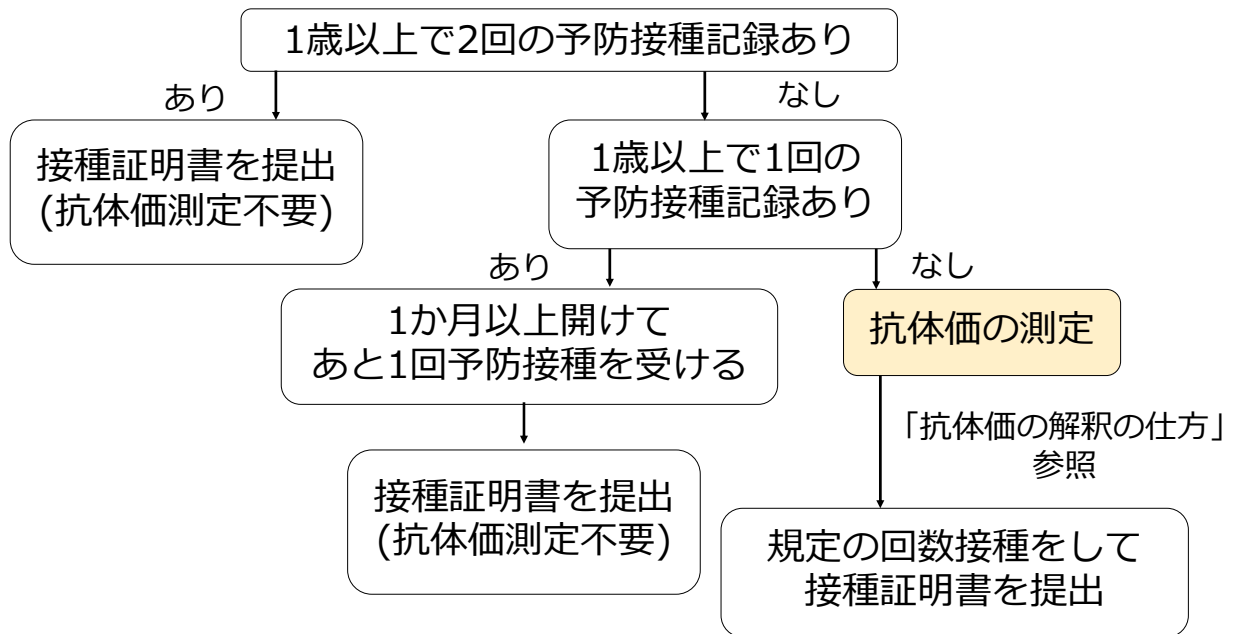
「院内見学者チェックシート」*は、B1階の防災センター、医局秘書室で、当日の入手も可能です。ご不明な点は、受け入れ部署の担当者を通じて、総務課までお問い合わせください。ご協力をよろしくお願いいたします。

問い合わせ先
小児総合医療センター 総務課 内線（3416）

フローチャート①：事前に接種が必要なワクチン



フローチャート②：麻疹、風疹、水痘、おたふくワクチン接種について



抗体価の解釈の仕方

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満 LTI法 (J) 6IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満 LTI法 (J) 6以上35IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL以上 LTI法 (J) 35IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔAは、ペア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

風疹HI法：なお、1:8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

A：デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG）：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス（エンザイグノストB風疹/IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

C：シスメックス・ビオメリュー株式会社（バイダスアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

D：極東製薬工業株式会社（ランピアラテックスRUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

E：ベックマン・コールター株式会社（アクセスルベラIgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

F：株式会社保健科学西日本（i-アッセイCL風疹IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

G：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

H：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

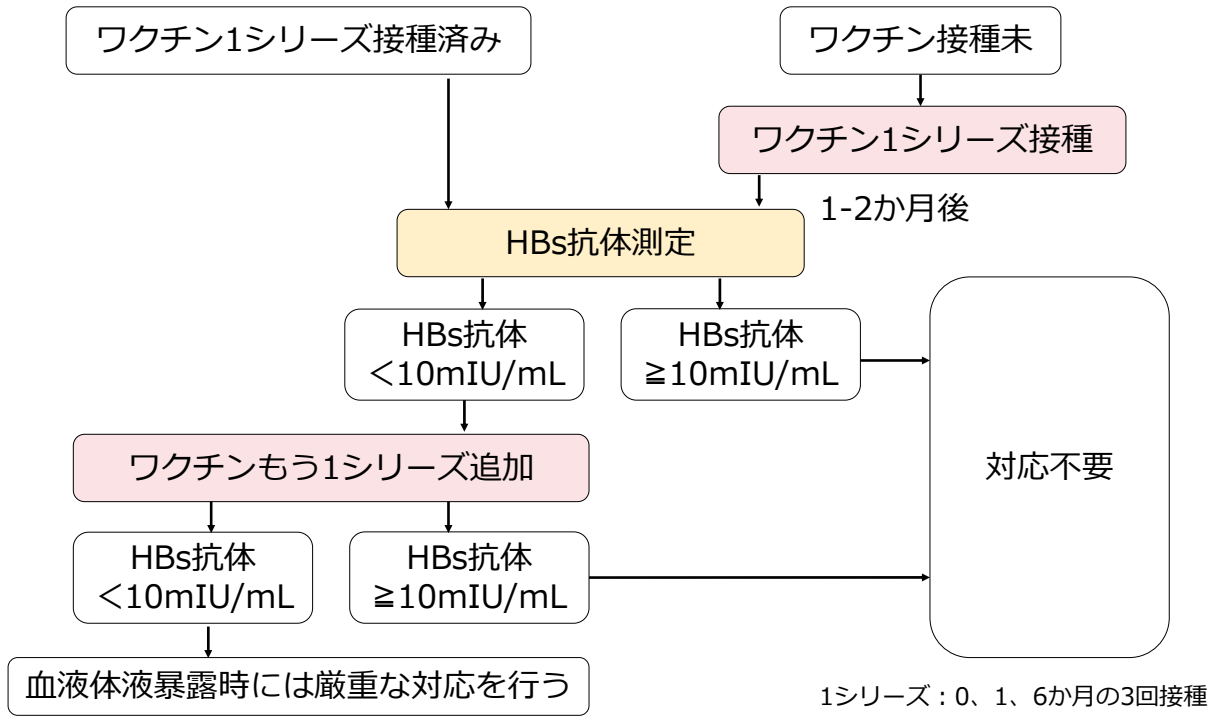
I：アボットジャパン株式会社（Rubella-Gアボット）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

J：極東製薬工業株式会社（ランピアラテックスRUBELLA II）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

* 第5期定期接種は、2019年～2025年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

- ・ ※検査方法は、麻疹 PA または EIA、風疹 HI、水痘 EIA、ムンプス EIA を推奨。
- ・ ※接種後の抗体価の確認は不要です。抗体測定後にワクチン接種した場合、接種証明書を提出してください。
- ・
- ・ 資料出典：日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版
- ・ <http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline%EF%BC%BF03.pdf>
- ・ 質問などある場合は、東京都立小児総合医療センターの感染症科にお問い合わせください。

フローチャート③：B型肝炎ワクチン接種について



『ワクチン接種証明書』

ワクチンの種類：

接種日 ： 20 年 月 日

接種した施設 ：

接種医師名 ：

(複数ある場合は、追加して書いてください。自筆でなくタイプで構いません。)

上記記載の接種をしたことを証明します。

20 年 月 日

医療機関名 _____

診療科 _____

医師名 _____ 印

**胸部X線検査実施状況及び
抗体価検査・ワクチン接種証明**

様式 8

所属施設名: _____ 氏名: _____

○胸部 X線検査実施状況

胸部 X線検査を **1年以内(又は年度内)** に実施している必要があります。
下記に記入した上で検査結果を添付、もしくは X線写真の提出をお願いします。

- 胸部 X線検査 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 検査結果 正常
 異常あり (_____)

○抗体価検査・ワクチン接種証明

1. B型肝炎ウイルスの抗体価・ワクチン歴 (10年以内のもの)

	最近の抗体検査日/判定
HBs抗体	抗体価 判定 () 年 月 日

2. ウイルス疾患抗体価 (5年以内のもの)

ウイルス性疾患	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎
既往歴	有 無	有 無	有 無	有 無
過去のワクチン接種歴	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回
抗体検査値 EIA-IgG				
抗体検査 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
当院で感染防御レベルと認める抗体価	EIA-IgG 16.0以上	EIA-IgG 8.0以上	EIA-IgG 4.0以上	EIA-IgG 4.0以上

- ※麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体価検査は全て **EIA 法 (IgG 抗体)** にて行い、**検査結果伝票を必ず添付** してください。
 上記 4 つの検査値は **5年以内** のものに限ります。
 ※4種抗体検査のうち、2回以上のワクチン接種歴がある疾患は、接種証明書の提出をもって当該疾患の抗体検査は不要となります。
 ※上記について、成育基準の抗体価に満たない場合は、ワクチン接種のうえ接種証明書を提出してください。
 ただし、ワクチン接種は原則 2 回までとします。詳細は、裏面のフローにしたがってください。
 ※ワクチン接種歴の証明を提出ください。例、予診票、母子手帳のコピーなど

上記のとおり報告いたします。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (記載者名捺印) _____ 印

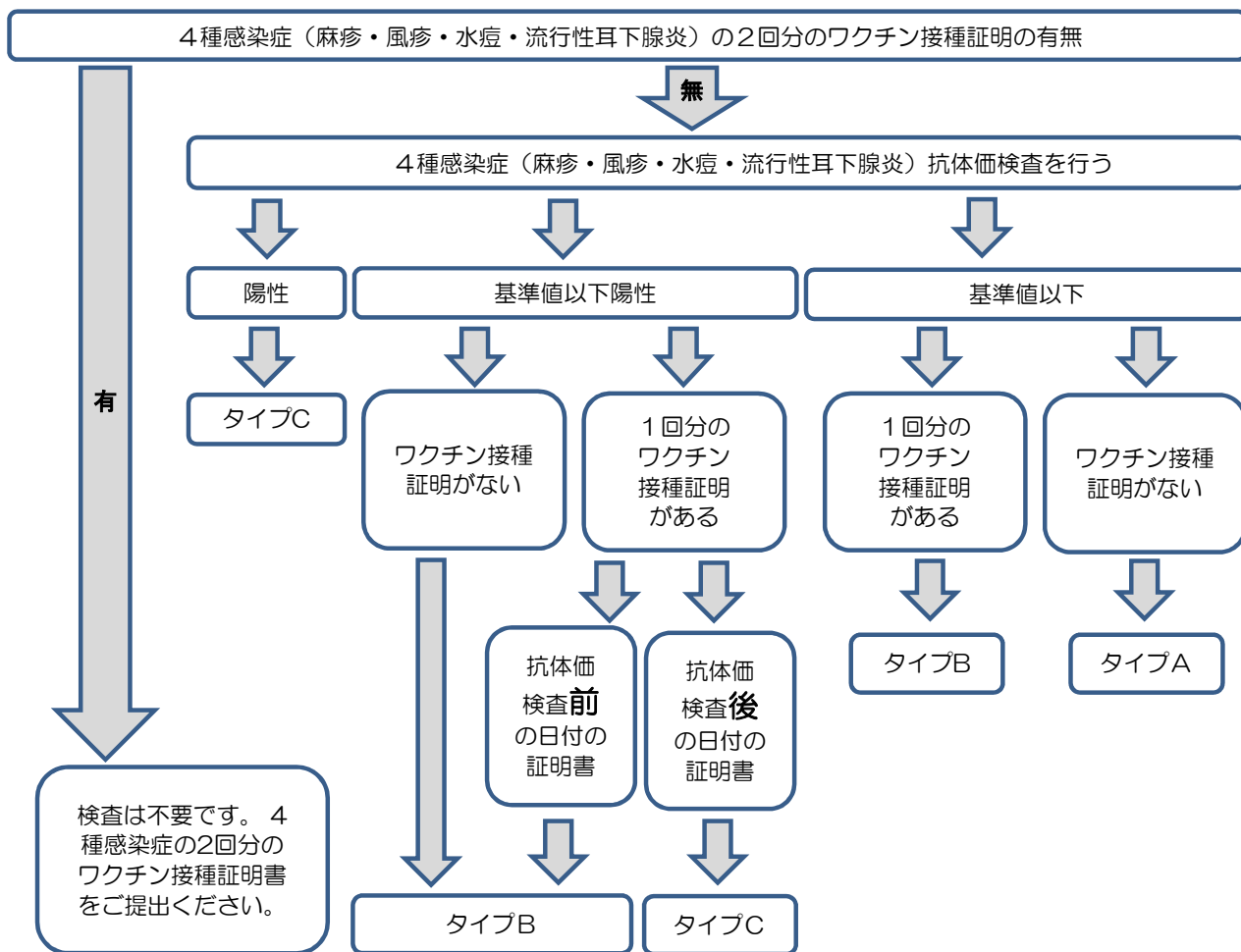


表1. 当院で感染防御レベルと認める抗体価

ウィルス性疾患	陽性	基準値以下陽性	基準値以下
麻疹	EIA 法 (IgG抗体) : 16 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2 以上 16 未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2 未満
風疹	EIA 法 (IgG抗体) : 8 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2 以上 8 未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2 未満
水痘	EIA 法 (IgG抗体) : 4 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2 以上 4 未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2 未満
流行性耳下腺炎	EIA 法 (IgG抗体) : 4 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2 以上 4 未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2 未満

※5年以内の検査値なら有効

表2. タイプ別対応

タイプA	ワクチン接種は 1ヶ月以上の間隔を空けて 2回行い※1、接種証明書※2 を提出してください。
タイプB	ワクチン接種を1回行い※1、接種証明書※2 を提出してください。
タイプC	ワクチン接種の必要はありません。

※1 ワクチン接種は、自費になります。ご了承ください。

(麻疹、風疹のいずれかのみを対象とする場合でも、MRワクチンで代用可能です。)

※2 接種証明書は、次の5点が入っていれば様式は問いません。(母子手帳、予診票など)

(接種ワクチン名、接種日、ロット番号、医療機関名、接種した方の氏名)

地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター
医療技術研修生及び研究員の受け入れに関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター（以下「センター」という。）において、小児医療、母子医療、母子保健、児童福祉に関する研修及び研究を希望する医療技術者（以下「研修生及び研究員」という。）の受け入れについて、必要な事項を定めることを目的とする。

(対象者)

第2条 研修生及び研究員になることのできる者は、国・地方公共団体・学校法人及び公益法人が設置した病院及び施設に所属している保健・医療・福祉従事者とする。

2 前項の他センター総長（以下「総長」という。）が研修生及び研究員となることを特に認めた者とする。

(研修及び研究内容)

第3条 研修生は、センター職員の指導・監督のもとに、次の研修を行う。

- (1) 小児医療の研修
- (2) 母子医療（救急医療・臨床業務を含む）の研修
- (3) 母子保健の研修
- (4) 児童福祉の研修
- (5) その他総長が認めた研修

2 研究員は、センター職員の指導・監督のもとに、次の調査・研究を行う。

- (1) 小児医療の調査・研究
- (2) 母子医療の調査・研究
- (3) 母子保健の調査・研究
- (4) 児童福祉の調査・研究
- (5) その他総長が認めた調査・研究

(申請及び許可)

第4条 研修及び研究を希望する者は、自らが所属する病院・施設等の長の承認を得て、研修（研究）申請書（様式1）、誓約書（様式2）を総長に提出する。

2 研修及び研究の許可は、関係室・部・科（課）長の意見を踏まえて、病院長・施設長又は看護局長及び事務局長と調整の上、総長が決定する。

3 総長は、研修生及び研究員としての受け入れを許可するときは、研修（研究）許可書（様式3）を申請者に交付する。

- 4 総長は、管理上必要ある場合は、第2項の許可に条件を付すことができる。
- 5 その他添付書類として、履歴書、医療従事者免許証（写し）、健康診断書（写し可）及び感染症免疫獲得状況等調査表（様式4）を提出する。

詳細は「実習生・研修生の感染症抗体価検査とワクチン接種について（依頼）」を参照。

- 6 様式1～4については、センターに準ずるものがある場合はこれに代えることができる。

（期間）

第5条 研修及び研究を受けることのできる期間は、原則として研修及び研究開始の日から2年以内とする。ただし、総長が特に認めた場合はこの限りではない。

（報酬）

第6条 研修生及び研究員は無報酬とする。

（責務）

第7条 研修生及び研究員は、センターの管理事項及び総長の指示事項に従わなければならない。

- 2 研修生及び研究員は、故意又は過失により病院に損害を与えたときは、その弁済の責を負う。

（取り消し等）

第8条 総長は、センターの管理上必要があるときは、研修生及び研究員に対し研修及び研究を制限することができる。

- 2 総長は、研修生及び研究員が、第4条第4項の規定による条件若しくは前条の規定による責務に違反し、又は、研修生及び研究員としてふさわしくない行動があったときは、第4条第3項の許可を取り消すことができる。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年1月22日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年1月16日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(様式1・第4条関係)

研修(研究)申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立こども医療センター

総 長 殿

申 請 者

施 設 名

施 設 所 在 地

代表者職・氏名

印

次のとおり貴施設において研修(研究)させたいので申請します。

氏 名	生年月日
住 所	職 名
最終学歴	卒業年次
免許の種類	免許取得年月日
研修(研究)希望理由	
研修(研究)の希望期間 年 月 日() ~ 年 月 日() (週あたりの回数 回/週)	

<添付書類>

- ・誓約書 ・履歴書 ・医療従事者免許証、保険医登録票の写し(研究の場合は医療従事者免許証・保険医登録票の写し不要)
- ・健康診断書(胸部レ線所見を含む。(写し可。原則として研修日から起算し6ヶ月以内))
- ・感染症免疫獲得状況等調査表

* 関係室・部・科(課)長の意見

氏名

印

* 病院長又は施設長等の調整意見

氏名

印

<注>・代表者印は公印を押印してください。

- ・*欄は記入しないでください。

(様式2・第4条関係)

誓約書（医療技術者・研究員）

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター
総 長 様

施 設 名
所 属
氏 名 印

私は、医療技術者・研究員として、地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター（以下「神奈川県立こども医療センター」という。）において研修を受けるにあたり、下記のとおり遵守することを誓約します。

記

- 1 研修期間中は、専ら所定の研修に従事し、研修目的の達成に努めます。
- 2 研修期間中は、職員が遵守すべき法令等を守り、神奈川県立こども医療センターの職務の信用を傷つけるような行為又は不名誉となるような行為は行いません。
- 3 研修期間中は、特定の政治政党、宗教、企業、団体の利益のための行為は行いません。
- 4 研修で得た情報（公開されているものは除く）は一切漏らしません。研修終了後においても同様とします。
- 5 研修の成果としての論文等を外部に発表する場合は、事前に実習担当者の承諾を得ます。
- 6 研修の事故に備えて原則として、傷害保険及び賠償責任保険に加入することとし、研修中の事故に関しては、自らの責任において対応します。

(様式3・第4条関係)

研修（研究）許可書

年 月 日

施設名

施設所在地

代表者職・氏名

殿

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター
総長

申請のありました医療技術研修生（研究員）の受け入れについては、次のとおり許可します。

1 氏名

2 職種

3 期間 年 月 日 ～ 年 月 日
(週あたりの回数 回/週)

4 研修（研究）内容

5 その他 研修（研究）期間中は、神奈川県立こども医療センターの諸規定を遵守すること。

(様式4・第4条関係)

感染症免疫獲得状況等調査表

記入日 年 月 日

所属機関名	
氏名	
実習(研修)期間	

(1) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 ワクチン接種記録

		麻疹	風疹	水痘	流行性 耳下腺炎
ワクチン 接種日	1回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(2) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 抗体価

		麻疹	風疹	水痘	流行性 耳下腺炎
抗体価	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	測定値				
	検査方法	EIA法 その他 ()	EIA法 その他 ()	EIA法 その他 ()	EIA法 その他 ()
	検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性

(3) 結核

検査項目	結果	検査日	
胸部 X 線検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td><input type="/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	年 月 日

(4) インフルエンザ ワクチン接種記録

接種日
年 月 日

(5) B型肝炎 抗体価(任意)

測定日	測定値
年 月 日	mIU/ml

(様式4・第4条関係)

感染症免疫獲得状況等調査表

記入日 年 月 日

所属機関名	
氏名	
実習(研修)期間	

(1) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 ワクチン接種記録

		麻疹	風疹	水痘	流行性 耳下腺炎
ワクチン 接種日	1回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(2) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 抗体価

		麻疹	風疹	水痘	流行性 耳下腺炎
抗体価	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	測定値				
	検査方法	EIA法 その他 ()	EIA法 その他 ()	EIA法 その他 ()	EIA法 その他 ()
	検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たす) <input type="checkbox"/> 陽性 (基準を満たさない) <input type="checkbox"/> 陰性

(3) 結核

検査項目	結果	検査日	
胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><input type="/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	年 月 日

(4) インフルエンザ ワクチン接種記録

接種日
年 月 日

(5) B型肝炎 抗体価(任意)

測定日	測定値
年 月 日	mIU/ml

様式4

呼吸器疾患問診票

この問診票は、患者さんの健康保持・増進を担う医療機関としての責務を果たすため、当センターに従事する予定者の健康状態を事前に確認する書類です。(業務・実習・研修開始前一ヶ月を超えない時期の健康状態を記入して下さい。)
(院内感染防止対策委員会)

氏名： _____ 年 令： _____
 記入日： 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 活動内容：(採用・研修・訪問) 職種：(_____) 配属部署：(_____)
 1～4の項目ごとに該当する部分すべてに○印をつけ、()内に必要事項を記入して下さい。

1. 最後に受診した健康診断についておたずねします。		
① 健診の種類	職場(学校)健診・人間ドック・住民健診・かかりつけ医療機関・その他(_____)	
② 健診受診時期	(_____ 年 ____ 月)	
③ 胸部レントゲン結果	所見なし・所見あり(所見内容 _____)	
2. <u>最近3ヶ月間</u> に、「せき・たん」「胸痛」「微熱」などのかぜ様症状、あるいは呼吸器症状が2週間以上続いたことがありますか。		
① 症状の有無	無 ・ 有	
② ①で「有」に○印をつけられた方におたずねします。	症状	咳・痰・胸痛・微熱・喘鳴・その他(_____)
	症状持続期間	1ヶ月未満 ・ 1ヶ月以上
	医療機関受診有無	無 ・ 有
	レントゲン撮影有無	無 ・ 有
	診断名及び治療内容	診断(_____)内容(_____)
	現時点の症状持続有無	無 ・ 有
3. 1の健康診断よりも前に撮影した胸部レントゲンについておたずねします。		
① 異常の有無と時期	無 ・ 有 (_____ 年 ____ 月) もしくは (_____ 年前)	
4. 結核関連の既往歴・治療歴についておたずねします。		
① 既往歴・治療歴の有無	無 ・ 有	
② ①で「有」に○印をつけられた方におたずねします。	病状	(_____)
	治療内容	(_____)
	治療経過	(_____)

< 2. ①で症状無に○印をつけられた方へのお願い >

業務・実習・研修開始日に発熱・呼吸器症状のある方は開始前に必ず当センター担当医にご連絡下さい。

ご協力ありがとうございました。

様式5

感染既往歴問診票


この問診票は、患者さんの健康保持・増進を担う医療機関としての責務を果たすため、当センターで患者さんに接する方の健康状態を事前に確認する書類です。あなたの健康を守るとともに、院内感染防止対策上必要な内容となっています。 (院内感染防止対策委員会)

氏名： 年 令：

記入日： 20 年 月 日

活動内容：(研修・その他) 職種：() 配属部署：()

①～④の感染症について、()内に必要事項を記入して下さい。

感 染 症	予防接種記録 (実施日)	既往歴		抗体検査
① 麻疹 (はしか)	1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)	有・無	既往歴が「有」で予防接種を受けていない場合は、右記の抗体検査欄にご記入ください。 2回の予防接種記録がある場合は、記入は不要です。	実施日 (年 月 日) 結果 (法) 抗体価 ()
② 風疹 (三日はしか)	1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)	有・無		実施日 (年 月 日) 結果 (法) 抗体価 ()
③ 水痘 (みずぼうそう)	1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)	有・無		実施日 (年 月 日) 結果 (法) 抗体価 ()
④ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)	有・無		実施日 (年 月 日) 結果 (法) 抗体価 ()

【記入上の注意点】1歳以上の予防接種の記録をご記入ください。実施日は母子健康手帳などを確認の上、正確な年月日を記入してください。

予防接種の記録が1回の場合は、2回目の予防接種を受けて、実施日を記入してください。

当センターでは、抗体価は、「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版」(裏面)の基準を採用しています。

その他、連絡しておきたいこと、あるいはご意見がありましたら記載してください。

ご協力ありがとうございました。

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) Δ A0.100未満 ※：陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL未満
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

出典：「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版」（一般社団法人 日本環境感染学会）

MMRVは、麻疹 (measles)、おたふくかぜ (mumps)、風疹 (rubella)、水痘 (varicella) の4つ

様式 1

年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

総長 倉 智 博 久 様

団体名

所属長

印

実地修練生の受け入れについて（依頼）

標記について、下記の者を推薦いたしますので、研修させて頂きたく、よろしくお願ひいたします。

記

1. 氏 名

2. 職 種

3. 研修期間

4. 研修内容

5. 指導教官

※ 健康に関する書類を添付して下さい。