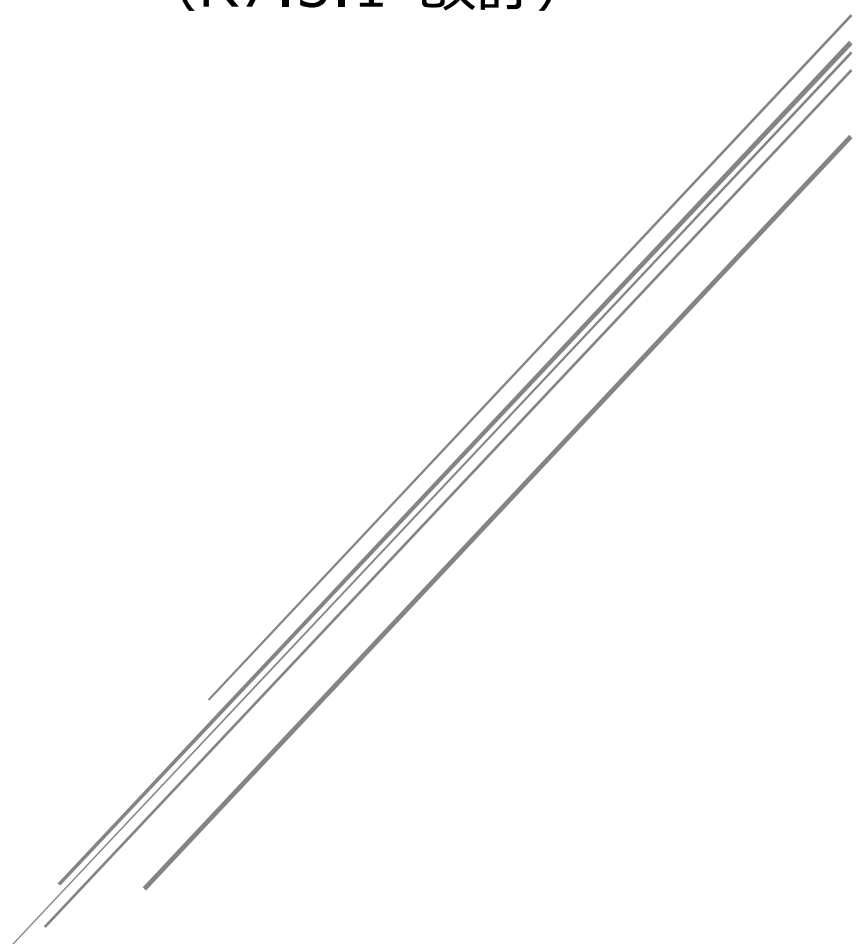




研修のための健康診断マニュアル
公開版
(R7.5.1 改訂)



国立健康危機管理研究機構
(Japan Institute for Health Security)
戸山本部キャンパス (西)
国際医療協力局・院内感染管理室

I. 健康診断の目的

国立健康危機管理研究機構（Japan Institute for Health Security: JIHS）では、国内外の医療従事者を対象とした日本における研修事業を行っている。研修事業実施にあたっては、参加者の健康状態を確認し、安全で、円滑な研修事業を行う必要がある。参加者の健康状態を把握するとともに、臨床現場に立ち入る研修の場合には、研修先の患者や妊婦の安全を担保する必要がある。特に、来日する研修員を発端とした麻疹や活動性結核の病院内への持ち込みが警戒されている。日本では、病院見学者や研修参加者を対象に、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘のワクチン歴や抗体価の証明や胸部レントゲン等の提出を行った上で研修を行うことが多いが、低・中所得国出身の研修員に対し、同様の基準を求めることには困難を伴うことが多い。

そこで本マニュアルは、研修員受け入れの門戸を狭めずに、研修員および研修受け入れ施設双方にとって受け入れ可能かつ安全で円滑な研修を行うことを目的とし、JIHSの国際医療協力局、国際感染症センターならびに院内感染対策室が合意し作成された。

II. 対象となる研修と対象者

- 対象となる研修

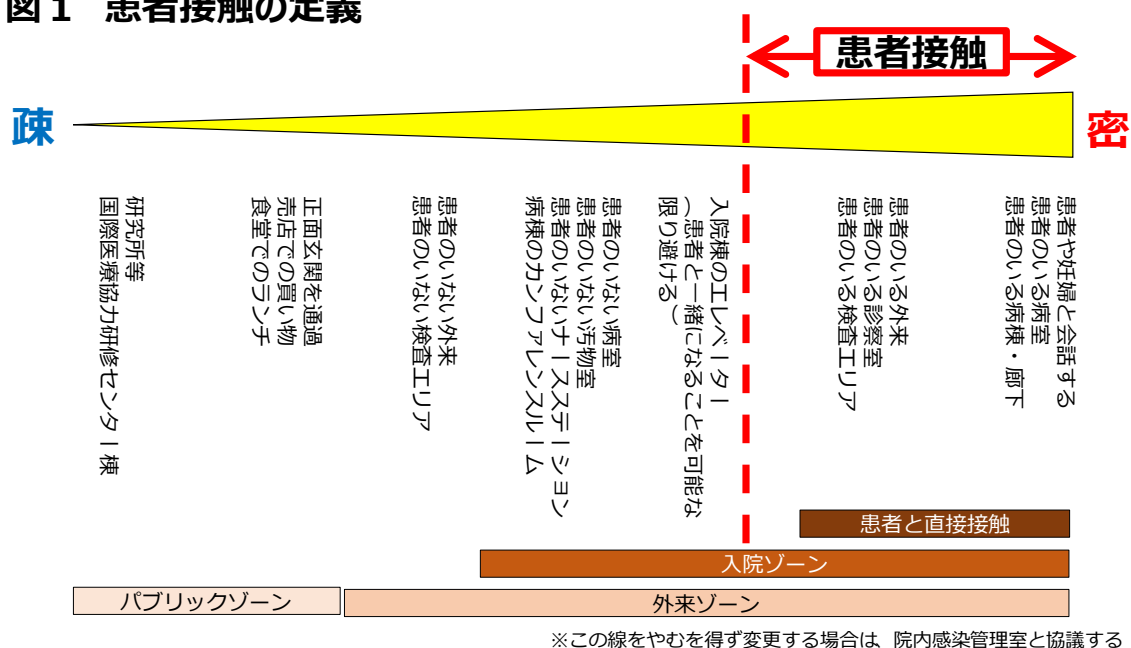
本マニュアルの対象となる研修は、国内外から研修員を受け入れる研修で、以下を満たす研修である。

1. **患者接触を伴う**全ての研修
（「図1 患者接触の定義」を参照）
2. 患者接触を伴わない **30日以上滞在する研修**
（結核スクリーニングのみ必要）

- 患者接触の定義

研修の具体例とともに、図1のように患者接触の定義を定めた。外来ゾーンは、不特定多数の方による曝露が既に起きている一方、入院ゾーンは、健康な家族や友人と医療従事者にのみ入室が許され、不特定多数の方の入室は許可されていない。このため、「患者のいる入院ゾーンに立ち入る」研修について**患者接触を伴う研修**と定義した。不可避の事情でやむを得ずこの定義を変える必要がある場合には、院内感染管理室と協議を行う。

図1 患者接触の定義



● 対象者

国内外からの研修員、研修に帯同する研修担当者、その他同行者、研修監理員、通訳等の患者接触の定義に合致するエリアに立ち入る全ての人を対象とする。

III. 健康診断の内容

1. 活動性肺結核スクリーニングとしての症状確認（慢性咳嗽や体重減少等）および胸部レントゲン（レントゲン電子データ、またはフィルムの日本への送付）
2. 麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘の抗体検査の実施、または2回のワクチン接種歴

IV. 健康診断実施上の注意点

研修を実施する国内責任者は、以下の点に注意して、研修の準備を行う。事前にこの点について同意が得られているか確認する。

1. 研修の募集と同意

研修員を募集する際に、健康診断の必要性を事業概要書や募集要項に記載し、応募した研修員が健康診断（抗体検査、またはワクチン接種、胸部レントゲン等）を受けることに同意が得られているか（同意がない場合応募は不可）

確認する。また、健康診断結果により研修参加ができなくなる可能性があることに同意が得られているか確認する。

2. 研修員居住国のワクチン、検査の情報入手

研修員居住国での抗体検査、ワクチン入手の可否に係る情報を入手する。ワクチンは現地責任者にも協力を仰ぎ、接種可能なクリニック（公的病院～外国人向けプライベートクリニックまで）を探す。外務省の Website『世界の医療事情』の各国・地のワクチン接種医療機関については、低・中所得国を含めたワクチン接種可能医療機関の記載があり、参考になる。

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/vaccine/>

特に低・中所得国では、外国人向けのクリニックや薬局でワクチン入手が可能なが多く、現地日本人等の外国人向けクリニックに相談するとよい。

近隣国や日本からのワクチン個人輸入は、副反応時の対応等に問題があるため、行わない。

3. ワクチンや検査等の費用負担

ワクチンや検査費用は高額となることが多いため、費用負担について研修員と相談する必要がある。

4. 研修員の個人情報管理

健康診断の結果や情報は、関係者以外が閲覧できないよう、個人情報の取扱に注意する。

5. タイムライン

健康診断のフローを参照し、研修の準備を行う。レントゲンは研修開始 6 週間までに日本にフィルムが届くように手配し、麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘については、研修開始 6 週間までにワクチンを開始しなければならない（生ワクチンを 2 回接種するために、4 週間の間隔をあけなければならないため）。

6. 研修員との連絡

国内責任者は研修前から進捗状況について密な連絡をとることが重要である。特に、ワクチンのスケジュールでは、同時接種や間隔等ミスが生じやすいため注意が必要である。

7. 研修中の健康管理

研修中に体温測定や症状のチェックを行い、発熱等を来した場合には、病院を受診し研修を休む必要がある。

V.

健康診断実施手順

1. 活動性肺結核スクリーニング

1) 胸部レントゲンフィルムの入手

- ※ 1年以内のレントゲン電子媒体（DICOM-PDI形式で保存したもの）、またはオリジナルフィルム（DHL等で郵送受付）を提出すること。なお、日本医療機関で発行された1年以内の胸部レントゲン検査結果（健康診断時等）であれば有効。検査結果を国内責任者に提出する。

研修開始 6週間前までに日本にフィルムが届かなければ研修への参加は認められない。

レントゲンは、原則、研修の応募時に提出する。異常がある場合は、原則として不合格となる（活動性肺結核が疑われる者が航空機等に搭乗することは許されないため）。ただし、読影結果によって、渡航可能とするかどうかの判断は、個別に行う。また、研修員居住国での撮影が不可能である特別な理由の場合には、来日後にレントゲンの手配を行う（代理受診）。本人都合等で撮影できない場合には、これに該当しない。

2) 読影手順と読影結果の取り扱い

① 国外で撮影し、日本で読影を行う手順（健康診断フロー ①-A）

フィルムを持参し、日本国内の医療機関を代理受診し、フィルムの読影を依頼する。国内医療機関の医師は、読影結果を別添 2 に記載する。事務担当者が院内感染対策責任者の承認を得る。

② 国外で撮影し、JIHSで読影を行う場合（健康診断フロー ①-B）

事務担当者は、外来初診受付にて ID作成およびフィルム取り込みを依頼する。完了したら読影医（放射線診断科医長、放射線核医学科担当医師、本部長）に読影を依頼し、国内責任者が結果を別添 2 に記載する。別添 2 は事務担当者が院内感染対策室長に提出し、承認を得る。

③ 日本国内の医療機関で撮影を行う場合（居住国で撮影ができない場合）

日本国内の医療機関でレントゲン撮影を行った場合は、結果の書類（読影レポート等）を別添 2 に添付し、院内感染対策責任者の承認を得る。

3) 胸部レントゲンで結核を疑う異常陰影があった場合の対応

① 国内責任者が本人に連絡（cc 現地責任者）

研修に際して 1.追加書類を要すること、2.書類がない場合は渡航不可であること、3.追加書類を元に実施機関側が受け入れの可否を判定することの

3つを伝える。

また、今回指摘された内容が6か月以上前に同じ指摘を受けていたか、6ヶ月未満（初めてを含む）の指摘かを聴取する。

② 追加書類、検査について、現地の担当医が証明書 “Medical Certification for TB control”（別添4）を作成

以下の原則に基づき、所見を付けた下記の証明書、画像フィルムを送ることが必須となる。

● 6ヶ月以上前にも指摘されている場合

- A) *以前（6ヶ月以上前）に撮影した胸部レントゲンフィルム（日付）
- B) 結核関連の検査 [3回の喀痰塗抹検査 + 3週以上経過した培養あるいはPCR]（日付）
- C) その他の検査歴（あればCTフィルムも）：結核以外の診断の場合は診断根拠を記載
- D) 結核既往あれば結核治療歴（レジメ、期間、治療年）

*元々送付されたフィルムが6か月以上前のものだった場合には、要求時（現時点）の胸部レントゲンフィルムを送付する。

● 初めて指摘された場合

※十分な精査を優先し、原則として渡航延期が望ましい。

- A) 初回の撮影から1か月以上の間隔があいていれば再検→送付
- B) 結核関連の検査 [3回の塗抹 + 3週以上経過した培養あるいはPCR]（日付）
- C) IGRA あるいは PPD（ツ反）
- D) 可能な限り CT 撮影→送付
- E) 既往あれば結核治療歴（レジメ、期間、治療年）

③ 追加書類が届き次第、2日以内に院内感染対策責任者および結核診療にかかわる医師（呼吸器内科医や感染症内科医が望ましい）で下記対応を検討し、院内感染対策責任者が最終判断

- 渡航可能（陳旧性病変、あるいは結核とは異なる病変）
- 検査追加にて渡航可否決定（結核の可能性がある）
- 渡航不可（結核の可能性が高く、その可能性が否定できない）

上記の判断を研修担当側に伝え、対応者がフッターの欄に署名する。

訪日研修の X 線画像データに関するお願い

Request for X-ray digital data of a training course in Japan

国立健康危機管理研究機構における研修の参加者は、事前に X 線画像データを提出いただく必要があります。下記の要領で撮影したデータをご準備願います。

Japan Institute for Health Security requests a participant planning to join a training course in Japan to submit X-ray digital data in advance. Please make sure that the data meets the specifications as follows.

1. X 線撮影は DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) を使用すること
 2. IHE PDI (Portable Data for Imaging) 準拠であること
 3. DICOM タグ表示 (値) は、既存の DICOM 規格を利用すること
 4. その他
 - ・ 1 メディアに 1 名の ID とする。
 - ・ 事前合意のない動画は同梱禁止とする。
 - ・ 参加者氏名、提供元医療機関名などをメディア表面に記載すること。
1. X-ray photo should be taken and stored in the DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) system.
 2. The X-ray digital data should be applied to IHE PDI (Integrating the Healthcare Enterprise, Portable Data for Imaging).
 3. The DICOM Tag should be displayed in the original setting.
 4. Others
 - ・ One ID is subject to one participant in a data.
 - ・ Approval of the participant to submit his/her data should be obtained in advance.
 - ・ The name of the participant and the hospital should be displayed clearly.

| Tag | Attribute Name (属性名) |
|-----------------|-------------------------------|
| (0010 , 0010) | Patient's Name (患者氏名) |
| (0010 , 0020) | Patient ID (患者識別子) |
| (0010 , 0030) | Patient's Birth Date (患者生年月日) |

2. 麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘の抗体検査の実施、または 2 回のワクチン接種歴

1) 予防接種歴（4 週以上の間隔をあけて各 2 回）の証拠書類が提出可能な場合（健康診断フロー②-A）

接種証明として、A2 書類、現地医療機関のワクチン接種証明書、母子手帳等の接種記録のいずれかの書類を添付する。接種の記憶や罹患歴は認められない。明らかに誤った記載（当該国でワクチンが導入されていないにも関わらず、接種歴がある等）がある場合には、必ず本人に問い合わせる。

2) 麻疹・流行性耳下腺炎抗・風疹・水痘体価測定の場合（健康診断フロー ②-A ②-B）

研修参加者の居住国で抗体価の測定を行う。

表 1. 必要な抗体陽性基準

| | 検査実施の場 | 抗体陽性基準 | 基準以下陽性 |
|-----------------------|--------|---|---|
| 麻疹 | 日本 | EIA 法 (IgG) 16 以上 FIA 法 1.5 AI 以上 NT 法 1:8 以上 | 2~16 未満 0.4~1.5 AI 未満 1:4 |
| | 日本以外* | IgG 0.72 IU/mL (720 mIU/mL) 以上 | IU 以外の単位で陽性 Equivocal |
| 流行性 耳下腺炎 (ムンプス) | 日本 | EIA 法 (IgG) 4 以上 FIA 法 1.3 AI 以上 | 2~4 未満 0.7~1.3 AI 未満 |
| | 日本以外* | IgG Positive | Equivocal |
| 風疹 | 日本 | EIA 法 (IgG) 8 以上 HI 法 1:32 以上 FIA 法 3.0 AI 以上 <その他の方法**> データを見て判断 | 2~8 未満 1:8~1:16 1.0~3.0 AI 未満 <その他の方法**> データを見て判断 |
| | 日本以外* | IgG 18.4 IU/mL 以上 | IU 以外の単位で陽性 Equivocal |
| 水痘 | 日本 | EIA 法 (IgG) 4 以上 IAHA 法 1:4 以上 NT 法 1:4 以上 FIA 法 0.5 AI 以上 | 2~4 未満 1:2 1:2 0.3~0.5 AI 未満 |
| | 日本以外* | IgG Positive | Equivocal |

*検査方法は問わない

**LTI 法、CLEIA 法、FIA 法（国際単位）、CLIA 法、ELFA 法

- ① 抗体検査結果が、**陽性**の場合
表 1 に定められた方法で、陽性基準を満たした場合には、検査結果を添付した別添 2 の提出のみで患者接触を伴う研修が許可される。
- ② 抗体検査結果が**基準値以下陽性**の場合（健康診断フロー②-B のワクチン接種が **1 回**必要）
本マニュアルで定めた基準値は、通常陽性とされる抗体価よりも高い水準を採用している（日本環境感染学会の基準）。このため、検査結果では陽性と判定されても、本マニュアルで採用した基準値を満たさないケースも考えられる。
これらを基準以下陽性と定め、**1 回のワクチンを接種すれば患者接触を伴う研修への参加が許可される。**
- ③ 抗体検査結果が、**陰性**の場合（健康診断フロー②-B のワクチン接種が **2 回**必要）
抗体価が陰性であった場合は、**2 回のワクチン接種**で患者接触を伴う研修への参加が許可される。定められた方法以外の検査を行い陰性であった場合にも、2 回のワクチン接種で患者接触を伴う研修への参加が許可される。全てのワクチンは、生ワクチンであるため、必要なワクチンの同時接種を行い、2 回の接種間隔は、4 週間あける（中 27 日）必要がある。
- ④ **日本国内で、定められた方法以外で検査した場合**：データを見て判断
- 3) **2 回の麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘のワクチン接種の場合**（健康診断フロー②-B のワクチン接種が **2 回**必要）
- 研修開始 1 週間前までに、1 回目と 2 回目の接種間隔を 4 週以上（中 27 日）空けて、合計 2 回接種することとし、接種証明の提出が必要となる
 - 接種証明として、A2 書類、現地医療機関のワクチン接種証明書、母子手帳のいずれかの書類を添付する（記憶は不可）
 - 接種歴に Lot 番号が記載されている方が望ましいが、Lot 番号がない場合でも許可される
 - 生ワクチンのため、4 週以上（中 27 日）接種間隔を開ける必要がある点を考慮し、スケジュールを確認する
 - 妊娠、免疫不全、アレルギー歴等生ワクチン接種ができない研修参加者は個別に相談し、対応する
 - 2 回目接種が終了後、接種証明書を国内責任者に提出する。

4) 居住国で 1 回のワクチン接種が可能（2 回は不可能）な場合

（健康診断フロー②-B のワクチン接種が 2 回必要：④1 回は居住国で接種可能）

- 研修開始の 28 日前までに居住国で 1 回目を接種し、2 回目を来日後、日本の医療機関で行うことも可能である。ただし、日本で 2 回目接種後、7 日目以降でなければ患者接触を伴う研修には参加できない。
- 国内責任者は、本人の来日前に日本の医療機関を代理受診（事前相談）し、これまでの接種歴と来日後のワクチンスケジュールの相談を行い、ワクチンの予約を行う。
- 2 回目接種が終了後、接種証明書を国内責任者に提出する。

5) 居住国でワクチンが手に入らない場合（健康診断フロー②-B のワクチン接種が 1 回必要：②現地で接種不可能）

できるだけ、現地責任者はワクチンが手に入るべく努力する（外国人向けクリニック等）。1 回もワクチンが接種できなかった場合には、来日後、医療機関で抗体検査を行い、患者接触を伴う研修参加の可否を判断する。

これまで MMR ワクチンは入手しやすいものの、水痘ワクチンがどうしても手に入らない例を認めた。水痘ワクチン接種も MMR ワクチンと同様の対応が望ましいが、どう努力しても水痘ワクチンが入手困難な場合は、特例とする。

<水痘ワクチンのみ現地で接種できなかった場合（特例措置）>

来日後、抗体検査及び水痘ワクチン接種を同時に行う。検査結果による対処方針は以下の通りである。

- 基準値クリア：結果確認後、患者接触を伴う研修参加可能
- 基準以下陽性：ワクチン接種 7 日後から患者接触を伴う研修参加可能
- 陰性：ワクチン接種 7 日後から患者接触を伴う研修参加可能。ただし、研修中は、発熱、発疹の状況を注意深く観察することを必須とする。
- 患者接触を伴う研修の受け入れに際して、水痘抗体検査あるいは水痘ワクチンの接種は、原則として本マニュアルの基準を満たすように実施する（特に 20-30 代の場合には強く遵守することを推奨する）。
- ワクチンや抗体検査のアクセスが極めて悪い場合には、特例として来日直後に水痘ワクチンを接種し、7 日後より患者接触を伴う研修を行うことを可能とする。

3. Acute Respiratory Infection の感染対策

研修員は、様式 A3 (ARI risk assessment) を記載し、来日後、国内責任者に提出する。

- ・ 院内の感染対策に準じる (マスク着用含む)
- ・ 症状にチェックがある場合は、感染症内科外来受診および検査を行う

VI. 提出書類

研修期間、および研修期間中の患者接触の有無を踏まえ、国内責任者を通じて以下の書類を院内感染管理責任者に提出する。

<必要書類>

- ① Medical History (A1) または病歴証明 (別添 1)
A1 (英語) または別添 1 (日本語) の病歴証明書を本人が作成し、来日前に現地責任者を通じて国内責任者提出する。
(その他に同様のフォームで病歴がわかる書類があれば代用可能)
- ② 検査報告書/臨床研修許可書 (別添 2)
胸部レントゲンの読影レポート、ワクチン接種証明または抗体検査を添付する。院内感染対策責任者は結果を確認し、研修参加の可否を判断し、患者接触を伴う研修許可書にサインする。
- ③ 検査診断兼許可書 (別添 3)
JIHS で健康診断を実施する場合に使用する。トラベルクリニック医師は別添 3 書類を記載し、国内責任者または事務担当者に渡す。なお、記載された日に、文書料が発生する。
- ④ ARI risk assessment (A3)
研修開始前に全ての参加者が記載し、国内責任者が確認する。
チェック項目があれば速やかに感染症内科外来受診。
接触歴や症状が無い場合は、下段のサインは必要としない。

表 2. 研修内容による必要な診断書・検査（○は必要な書類）

| 必要書類 | 作成者 | 提出日 | *患者接触 無 | | | *患者接触 有 |
|--|--------------------------------|-----|---------|--------|-------|---------|
| | | | 1日以下 | 2日～29日 | 30日以上 | |
| ①Medical History (A1) or 病歴証明 (別添 1) (同様内容の書類で代用可) | 本人 | 来日前 | × | ○ | ○ | ○ |
| 胸部レントゲンの診断書 (日本国内医療機関発行様式) or 胸部レントゲンフィルムの提出 ②検査報告書/患者接触を伴う 研修許可書(別添 2) | 医師 or 本人 ②国内責任者/日本国内医療機関 | 来日前 | × | × | ○ | ○ |
| ③検査診断兼許可書(別添 3) | 国内責任者/院内感染対策責任者 | 来日後 | × | × | ○ | ○ |
| ④ARI risk assessment (A3) | 本人 | 来日後 | × | × | × | ○ |

Sample

Japan Institute for Health Security (JIHS)
1-21-1, Toyama Shinjuku-ku, Tokyo 162-8655 Japan
Tel : 81-3-3202-7181 Fax : 81-3-3205-7860



The Chest X-ray and Immunization Requirements

Date 日付

Dear _____,

Japan Institute for Health Security (JIHS) welcomes practicing healthcare professionals in _____ プログラム名 _____ including clinical observership at our affiliated and training hospitals.

To protect you and our patient's health to be in compliance with immunization practices, JIHS REQUIRES well as evaluation for tuberculosis as the proof of two doses of vaccination or immunity to measles, mumps, rubella, and varicella PRIOR to the program begins.

All participants must submit all the necessary documents listed below to the program leader for your training course.

The participant of training courses involving patient contact are required to submit:

1. **A digital copy in DICOM-PDI format or original X-ray film taken within the past year (via DHL or other courier services)**
2. **Proof of the following two doses of MMRV (measles, mumps, rubella, and varicella) vaccines* and/or antibody titers** of measles, mumps, rubella, and varicella.**

* The second dose of vaccine is allowed at any time as long as it is at least 28 days after the first dose.

** Required antibody titers (Any testing method)

| | POSITIVE | WEAK POSITIVE |
|-----------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Measles | IgG \geq 0.72 IU/mL (720 mIU/mL) | Positive (non-IU units) Equivocal |
| Mumps | IgG Positive | Equivocal |
| Rubella | IgG 18.4 IU/mL \geq | Positive (non-IU units) Equivocal |
| Varicella | IgG Positive | Equivocal |

Please be advised that this application applies to observational activity only. If you have questions or need further information, please get in touch with the program leader for your training course at XXXXX@jihs.go.jp or +81 (3)3202-7181

Kind regards,

Norihiro KOKUDO, MD, PhD.
President,
Japan Institute for Health Security (JIHS)

(別添 1)

病歴証明

1. 現病歴

(a) 現在、定期的に投薬を受けている、もしくは定期的に病院へ通院していますか？

いいえ はい

病名は何ですか？ []

薬名は何ですか？ []

(b) 妊娠していますか

いいえ はい [妊娠何週ですか： 週]

(c) 薬や食物へアレルギーはありますか。

いいえ はい [何に対するアレルギーですか？：]

(d) 2週間以上持続する咳はありますか？

いいえ はい どのくらい？ []

(e) 体重減少はありますか？

いいえ はい []ヶ月前から [] kg

2. 既往歴

(a) 今まで大きな病気にかかったことはありますか？

いいえ はい [病名：]

(b) 精神科や心療内科に罹ったことはありますか？

いいえ はい [理由：]

3. 他の健康上の問題

上記以外に健康上の問題があれば、以下に記載ください

私は、上記説明を読み、自分の持てる限りの情報を以って、すべての質問に対し誠意を持って答えました。私は、開示しなかった事前の健康状態に起因するいかなる健康上の問題も JIHS により補償されるものではなく、当プログラムを全うできるものであること理解し、了承します。

日付 _____

氏名 _____

サイン _____

コースリーダー/日本国内医療機関が記載⇒院内感染対策室長が許可
⇒コピーを院内感染対策室が保管、原本を協力局研修課が保管

(別添 2)

院内感染対策室長

検査報告書

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

国籍

①胸部レントゲン (検査日: 年 月 日) (異常なし・異常あり:)

②ワクチン接種歴

| | 1回目接種 (未接種・不明の場合) | 2回目接種 (未接種・不明の場合) |
|---------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 麻疹 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |
| 流行性耳下腺炎 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |
| 風疹 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |
| 水痘 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |

③抗体検査 (検査結果のコピーを添付) 検査実施日: 年 月 日

| | 抗体価 (単位含) | 検査方法 | IU 基準 | EIA 基準 (日本) * |
|---------|--------------|------|-------------|------------------|
| 麻疹 | | | ≥0.72 IU/mL | ≥16 |
| 流行性耳下腺炎 | | | Positive | ≥4 |
| 風疹 | | | ≥18.4 IU/mL | ≥8 |
| 水痘 | | | Positive | ≥4 |

* 他の検査方法についてはマニュアル等確認
上記の研修員についてこれを証明する。

年 月 日

連絡先

氏名

所属医療機関

臨床研修許可書

感染症に関する研修必要項目を全て満たすため、患者接触を伴う研修の参加を許可する。

(実施機関名) 院内感染対策室 _____ (自署)

(CONFIDENTIAL)

トラベルクリニック担当医師が記載し、許可判断⇒コースリーダー
⇒コピーを院内感染対策室が保管、原本を協力局研修課が保管

(別添 3)

検査診断兼許可書

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

国籍

①胸部レントゲン (検査日: 年 月 日) (異常なし・異常あり:)

②ワクチン接種歴

| | 1回目接種 (未接種・不明の場合) | 2回目接種 (未接種・不明の場合) |
|---------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 麻疹 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |
| 流行性耳下腺炎 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |
| 風疹 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |
| 水痘 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種・不明 |

③抗体検査 (検査結果のコピーを添付) 検査実施日: 年 月 日

| | 判定 (該当に○) | IU 基準 | EIA 基準 (日本) * |
|---------|------------------|-------------|---------------|
| 麻疹 | 未検査・陰性・基準以下陽性・陽性 | ≥0.72 IU/mL | ≥16 |
| 流行性耳下腺炎 | 未検査・陰性・基準以下陽性・陽性 | Positive | ≥4 |
| 風疹 | 未検査・陰性・基準以下陽性・陽性 | ≥18.4 IU/mL | ≥8 |
| 水痘 | 未検査・陰性・基準以下陽性・陽性 | Positive | ≥4 |

* 他の検査方法についてはマニュアル等確認

④来日後接種ワクチン:

1) 年 月 日: 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘

2) 年 月 日: 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘

上記の研修員について、医学的根拠に基づき下記を判断した。

感染症に関する項目を満たし、____年____月____日より患者接触を伴う研修を許可する。

感染症に関する項目を満たさないため、患者接触を伴う研修を許可しない。

年 月 日

国立健康危機管理研究機構 (JIHS)

トラベルクリニック 診断医師 _____

(A3)

研修参加者が記載⇒現地責任者⇒コースリーダー

Acute Respiratory Infection (ARI) risk assessment

Name _____ Male _____ Female _____

Age _____ Date of Birth _____

Nationality _____

| | | |
|---|---|--|
| Please check all that apply | Morbidity risk | When was the last time you had that opportunity? (DD/MM/YY) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Did you have contact with an ARI patient or a highly suspected ARI patient without protection in the last week? | |

Please describe symptoms you have had within the past 10 days.

| Please check all that apply | Symptoms | Duration (DD/MM/YY) | Have you sought medical attention for this symptom? |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Fever $\geq 37.0^{\circ}\text{C}$ | Start: Improved: <input type="checkbox"/> ongoing | <input type="checkbox"/> Yes Diagnosis () <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | Respiratory symptoms Including cough, phlegm, sore throat etc. | Start: Improved: <input type="checkbox"/> ongoing | <input type="checkbox"/> Yes Diagnosis () <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | altered sense of taste and/or smell | Start: Improved: <input type="checkbox"/> ongoing | <input type="checkbox"/> Yes Diagnosis () <input type="checkbox"/> No |

----- (for IPC Dr. use) -----

(上記で Yes があった場合に記載)

() 検査: 抗原 RT-PCR 未実施 結果: 陽性 陰性 保留

上記の研修生について、医学的根拠に基づき下記を判断した。

- 特に問題はないため、本日以降の研修は可能である。
- 診断名 () の濃厚接触者であり、____月____日より患者接触を伴う研修が可能である。
- 症状改善後 24 時間経過したら患者接触を伴う研修への復帰が可能である。
- その他 ()

年 月 日

国立健康危機管理研究機構 (JIHS) 総合感染症科

診断医師

(自署)