

滋賀医科大学医学部附属病院受託実習生申請要領

平成 28 年 11 月 15 日 制定

平成 30 年 9 月 28 日 改正

この要領は、滋賀医科大学医学部附属病院受託実習（以下「実習」という。）の申請にあたり、滋賀医科大学医学部附属病院受託実習生規程（以下「実習生規程」という。）第 8 条により、必要な事項を定めるものとする。

第 1 条 実習の申請については、本院の実習受入先の部署の長に、実習の日程・実習生の人数及び実習内容等について内諾を得た上で、次に掲げる必要書類を揃えて滋賀医科大学総務企画課文書法規係に提出すること。

また、提出期限は希望実習期間の初日から数えて、20 日前までとする。

- (1) 実習生委託申請書(実習生規程に定めるとおり)
- (2) 実習生の履歴書(様式任意)
- (3) 患者さんの個人情報保護に関する誓約書(別紙 1)
- (4) 実習生の健康診断証明書(第 3 条に定める。)(別紙 2)

第 2 条 必要書類の提出が遅れた場合、または、書類に不足があった場合には、実習の受入を拒否することがある。

2 提出書類の内容に変更があった場合、遅滞なく報告すること。

第 3 条 第 1 条第 1 項第 4 号に定める健康診断証明書について、次に掲げる事項を遵守すること。

1 健康診断証明書は、実習開始の日からさかのぼって、1 年以内に証明されたものを提出すること。

2 健康診断証明書は、(別紙 2)にて提出することとし、下記各号に掲げる必要項目を明記すること。

(1) 実習の期間(実日数)が 19 日以内の場合

胸部 X 線検査結果(実習開始の日からさかのぼって、1 年以内のもの)。

(2) 実習の期間(実日数)が 20 日以上の場合

前号で定めた項目、下記の検査方法による抗体値検査結果(実習開始の日からさかのぼって、3 年以内のもの)及び結核罹患歴の有無並びに T-SPOT 法又は QFT 検査によるインターフェロニン γ 遊離試験(IGRA)結果(実習終了の日からさかのぼって 2 年以内のもの)。

ア 麻疹(IgG-EIA 法)

イ 風疹(IgG-EIA 法)

ウ 水痘(IgG-EIA 法)

エ 流行性耳下腺炎(IgG-EIA 法)

オ B型肝炎（HBs 抗体）（CLIA 法）

なお、結核罹患歴及びインターフェロングamma遊離試験（IGRA）結果については、平成30年4月1日から提出を求めるものであるが、実習生及び医療従事者養成施設の準備期間を考慮し、平成31年4月1日から完全実施するものとする。

3 前項第2号において、抗体値検査の数値が別表の基準値を満たさない場合は、同表に定める指定回数ワクチンを接種し、その証明となるものを提出すること。

また、その場合は、前項に係わらず、抗体値検査結果及びワクチン接種の記録を、（別紙2）に転記し、医師の記名及び押印をしたうえで提出しなければならない。

第4条 実習生の所属する機関の過失によらず、必要書類を第1条に定める期限内に提出できずに、実習の開始を延期することにより、実習生に多大な不利益が生じる場合は、受入部署の長あてに、（別紙3）の様式により受託実習生受入における特別許可を依頼し、承諾を得ること。

2 前項により、受入部署の長が受託実習生受入における特別許可を承諾した場合においても、それをもって滋賀医科大学医学部附属病院長（以下、「病院長」という。）が、実習受入を承認するものではないので、留意すること。

3 第1項により、病院長が実習開始日を調整することがあるが、実習開始後であっても、病院長の指示に従わない場合には、実習を中止するものとする。

第5条 第1条第1項第3号に定める申請書類は、実習生が自筆で署名すること。

第6条 実習生は、実習中の事故等に備えて傷害保険等に参加するものとする。

第7条 実習申請に関する事務は、総務企画課文書法規係において処理するものとする。

『抗体値検査によるワクチン接種の基準値』

滋賀医科大学医学部附属病院

疾患名	ワクチン接種基準	ワクチン接種回数
麻疹	2.0未満 (EIA法) ※ 2.0以上16.0未満 (EIA法)	2回
風疹	2.0未満 (EIA法) ※ 2.0以上8.0未満 (EIA法)	2回
水痘	2.0未満 (EIA法) ※ 2.0以上4.0未満 (EIA法)	2回
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	2.0未満 (EIA法) ※ 2.0以上4.0未満 (EIA法)	2回
B型肝炎 (HBs抗体)	10.0未満 (CLIA法)	3回

日本環境感染学会から2014年9月に出された「院内感染対策としてワクチンガイドライン第2版」を参考に本院感染予防対策委員会、労働安全衛生委員会で審議、承認されたものです。

※の場合、母子手帳等書面で過去の接種歴が確認できれば、2回のうち1回分の接種が免除となります。

〈麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎ワクチンについて〉

ワクチン接種は、抗体値検査後、それぞれ指定回数、接種してください。

1回目の接種の後、抗体値が基準値に達していたとしても、2回目のワクチン接種が免除されるものではありません。

各ワクチンは生ワクチンのため、接種間隔は最低4週間以上必要ですので留意してください。

(接種部位をかえて、同時に複数接種することは可能です)。

〈B型肝炎ワクチン接種について〉

ワクチン接種は0、1、6ヶ月後の3回接種を行う必要があります。

1回目または2回目のワクチン接種の後、抗体値が基準値に達していたとしても、2回目以降のワクチン接種が免除されるものではありません。

やむを得ない場合、3回目の接種のみ実習開始後に受けることができます。ただし、必ず3回目接種報告書を提出してください。

〈インターフェロング遊離試験 (IGRA) について〉

検査方法はT-SPOT法又はQFT検査に限ります。実習を終了する日からさかのぼって2年以内に検査した判定結果を記入してください。判定結果が陰性以外だった場合、専門医療機関を受診の上、診断書を提出してください。

<研修・実習用>

患者さんの個人情報の保護に関する

誓約書

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

私は、本院において、患者さんの個人情報の保護に関する院内規則を遵守し、患者さんのデータが第三者に流出することのないよう取扱い及び管理に十分注意いたします。

また、研修・実習中はもちろん、研修・実習終了後においても、研修・実習上で知り得た患者さんの個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守する事を誓います。

____年 ____月 ____日

所 属 _____

氏 名 _____

健康診断証明書

別紙 2

氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
胸部X線 (1年以内)	撮影日	年 月 日	直接・間接 異常 なし・あり
			所見：

●実習及び研修が20日以上の場合には下記感染症関連検査を受検し、必要に応じワクチンを接種して下さい。

感染症関連検査

※実習等終了予定日から2年以内

結核罹患歴	無 / 有	発症年	年 月
インターフェロンγ遊離試験 (IGRA)	検査日	年 月 日	検査方法 T-SPOT法 QFT検査
			判定結果 陽性 陰性

※陽性の場合には、専門医療機関を受診の上診断書を提出して下さい。

※実習等開始予定日から3年以内

検査項目および測定方法	検査日	測定値	検査機関
麻疹 (IgG-EIA法)	年 月 日		
風疹 (IgG-EIA法)	年 月 日		
水痘 (IgG-EIA法)	年 月 日		
流行性耳下腺炎 (IgG-EIA法)	年 月 日		
HBs抗体 (CLIA法)	年 月 日		

※測定結果に基づき、検査日以降に以下のとおりワクチンを接種して下さい。

【本学基準】

- A : 4種抗体検査**
- ①の場合 母子手帳等、過去の接種歴が書面で確認できれば、下記報告書に転記の上1回のワクチン接種を行う。確認できなければ2回のワクチン接種を行う。
- ②の場合 4週間以上あけ2回のワクチン接種
- | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------|---|-------------------------|------|
| ① | 2.0 ≤ 麻疹IgG-EIA法 | <16.0 | ② | 麻疹IgG-EIA法 | <2.0 |
| | 2.0 ≤ 風疹IgG-EIA法 | <8.0 | | 風疹IgG-EIA法 | <2.0 |
| | 2.0 ≤ 水痘IgG-EIA法 | <4.0 | | 水痘IgG-EIA法 | <2.0 |
| | 2.0 ≤ M ₁ IgG-EIA法 | <4.0 | | M ₁ IgG-EIA法 | <2.0 |
- B : HBs抗体検査** <10.0 の場合3回のワクチン接種

ワクチン接種報告

		接種日		接種日	備考
麻疹	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
風疹	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
水痘	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
流行性耳下腺炎	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
B型肝炎	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日			

上記のとおり、相違ないことを証明します。 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※滋賀医科大学 記入欄

学校・施設名	実習・研修期間	実習・研修受入科・部
※	※令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	※
感染制御部確認欄		保健管理センター確認欄
※		※

滋賀医科大学医学部附属病院

実習担当部署

実習担当部署の長

殿

(機関名)

(実習担当部署)

(実習担当者名)

受託実習生受入における特別許可のお願いについて

滋賀医科大学医学部附属病院受託実習の受入において、下記のやむを得ない事由により、実習を特別に許可していただきますようお願いいたします。

なお、必要書類については、早急に提出しますことを約束します。

記

受託実習生氏名 ○○ ○○

実習内容 ○○○○○○

実習期間 年 月 日 から 年 月 日まで (実日数 日)

事由：

承 諾

担当部署

担当部署 (長)

印

(注・本紙は通常の実習生受入の申請書ではありません。また、本紙の承諾をもって、実習受入の決定をするものではありませんので、ご注意ください。)