

～研修登録医の申請手続きについて～

研修登録医受入れ許可の申請をされる場合は、次の書類が必要となります。

事前に研修を受ける診療科（部）長の同意を得た上で、下記の書類を、受入れ日の一か月前まで病院・研究協力係に提出願います。

1. 提出書類

- (1) 研修登録医申請書 別紙様式 A
- (2) 研修登録医の受入れ依頼 別紙様式 B
- (3) 所属医師会長または所属病院長等の推薦書 様式 任意
- (4) 履歴書（写真貼付） 別紙様式 C
- (5) 医師免許証（写） A 4 サイズの用紙に縮小コピー願います。
- (6) 保険医登録票（写） A 4 サイズの用紙にコピー（拡大不要）願います。
- (7) 健康状態確認票 別紙様式
※ 「健康状態確認票」の内容が網羅されていれば、職場等で受診された健康診断等（申請の3か月前まで）の結果の写しの提出で構いません。
- (8) 医師賠償責任保険契約書
- (9) 登録証用写真 1 枚（2.4cm×3.0cm・運転免許証サイズ）
※ 履歴書に貼付される写真とは別に提出願います。
- (10) 誓約書
- (11) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の免疫についての申告書
※ 詳細は次ページ＜流行性ウイルス感染症の免疫についての申告書の提出について＞をご覧ください。
- (12) （麻薬を施用する場合）麻薬施用者免許証（宮城県）の写し

2. 1ヵ月以上診療等に従事するため、東北大 ID を取得したい場合は、研修を受ける診療科（部）を通して東北大 ID 申請フォームでの申請手続きが必要です。

3. 許可されましたら、受入れ通知、登録証及び請求書を送付しますので、指定の期日までに研修料を納入してください。

4. 専用駐車場がありませんので、自家用車での来院はご遠慮願います。

※ 研修期間を終了し、引き続き研修登録医の許可を受けようとする場合で、提出された内容に変更のない場合は、(5)・(6)・(11) の再提出は不要です。

【担当】

東北大学病院 研究推進室研究協力係

TEL : 022-717-7146

E-mail : hosp-ken@grp.tohoku.ac.jp

＜流行性ウイルス感染症の免疫についての申告書の提出について＞

流行性ウイルス感染症（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）が院内で発症した場合、その感染力の強さと抵抗力の弱い患者が多いという要因から、重大な集団感染の発生が危惧され、いずれの医療機関においても確実な対策が強く求められています。

そのため当院では、職員全員に対して流行性ウイルス感染症に対する抗体価の確認および抗体価が不十分な場合のワクチン接種を徹底しております。

つきましては、新規入職予定者等の方々に「麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の免疫についての申告書」の提出をお願いしております。入職時までに流行性ウイルス感染症に対する4種の抗体検査をご自身で実施いただき、必要に応じてワクチン接種を必ず実施していただきますようお願いいたします。（B型肝炎につきましては、検査結果記録をお持ちの場合のみ記載してください。今回あらためて抗体価検査およびワクチン接種をしていただく必要はありません。）

なお、平成24年度以降に当院に在職していたことがある方で、当院において流行性ウイルス感染症の抗体価検査やワクチン接種を実施したと思われる方については、感染管理室にお問い合わせください。検査の実施歴およびワクチン接種歴を確認の上、申告書の提出が必要かどうかをお知らせいたします。

その他、ご不明な点は感染管理室にお問い合わせください。

【東北大学病院感染管理室：電話 022-717-7841】

<診療等に従事する医師等の麻薬施用について>

麻薬の診療使用（施用）にあたっては、麻薬施用者免許証が必要となり、当該免許証を所持していない医師が患者に対して施用指示を含む麻薬施用を行うことは、麻薬及び向精神薬取締法に抵触し、医師個人として、また医療機関としてその責を問われることがあります。

当院としても、適正な麻薬施用が行われるよう免許管理を行っておりますので、診療行為を行う医師におかれましては、下記書類も併せてご提出いただきますようお願い致します。

<提出書類>

○麻薬施用者免許証(宮城県)の写し（※提出にあたっては、下注を参照願います。）

（注）当院を通じて麻薬施用者免許証の発行を受けている医師についても、事務部で管理する免許証原本との照合を行いますので、麻薬施用者免許証の写しを必ず提出ください。

（注）宮城県内の他麻薬診療施設に所属する医師が当院で麻薬施用を行うためには、麻薬施用者免許証の「従として診療に従事する麻薬診療施設」に当院名称を追記する手続きが必要となります。本人様により、所属する業務所の事務部に問い合わせいただくなどし、「従として診療に従事する麻薬診療施設」に当院名称が記載された有効な麻薬施用者免許証の写しを提出願います。

（注）宮城県外の業務所に所属する医師が当院で麻薬施用を行うためには、宮城県知事から免許を受ける必要があります。他県で麻薬施用者免許証を受けている場合でも、宮城県で麻薬施用者免許を受けていない場合は当院で麻薬施用を行うことが出来ません。

<麻薬取扱に関する問合せ先>

麻薬管理・施用に係ること：病院薬剤部（内線 7528）

麻薬免許の手続に係ること：病院総務課安全管理係（内線 7059）

別紙様式 A

東 北 大 学 研 修 登 録 医 申 請 書

西暦 年 月 日

東北大学病院長 殿

勤 務 先 :

氏 名 :

(署名又は記名押印)

性 別 : 男 ・ 女

生年月日 : 西暦 年 月 日

私は、貴大学病院において研修登録医として研修したいので、受入れを許可くださるようお願いします。

なお、研修登録医として受入れを許可された上は、貴大学の研修登録医取扱規程その他の諸規則に遵守し、指導教員の指示に従うことを誓約します。

記

1 研 修 事 項 :

2 研 修 目 的 :

3 研修診療科 :

4 研 修 期 間 : 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

5 期間を更新する場合

(1) 前回の研修期間 : 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

(2) 更 新 理 由 :

別紙様式 B

西暦 年 月 日

病 院 長 殿

診療科名：

科 長 名：

(署名又は記名押印)

研修登録医の受入れについて（依頼）

このことについて、本診療科において下記のとおり受入れたいので、ご承認くださるようお願いします。

記

研 修 登 録 医：

研 修 期 間：西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

指導教員職・氏名：

別紙様式 C

履 歴 書

西暦 年 月 日 現在

写真貼付

ふりがな			性 別		
氏 名			男・女		
生年月日		旧姓（氏名）		※免許状写しと記載が異なる場合に記入願います。	
西暦 年 月 日		西暦 年 月 日改姓			
ふりがな					
現 住 所 〒					
電話番号 () E-mail:					

年	月	日	学 歴 ・ 職 歴
			(学歴)
			高等学校卒業
			大学 学部 学科入学
			大学 学部 学科卒業
			(職歴)

博士号等学位	医(歯)学博士； 大学 医(歯) 第 号	取得年月日 年 月 日
医師・歯科医師免許	登録番号；第 号	登録年月日 年 月 日
保 険 医 登 録	登録番号； 医(歯) 号	登録年月日 年 月 日

※推薦書の様式は任意ですが、ご要望があり参考まで雛形を作成しました。使用される場合は、この文を削除の上使用願います。

推 薦 書

東北大学病院長 殿

本院に勤務している下記の者が東北大学病院研修登録医として貴院 科
での研修を希望していますので、推薦します。

なお、当院における勤務については支障ありませんので申し添えます。

記

氏 名：

研修期間：西暦 年 4 月 1 日～西暦 年 3 月 3 1 日

西暦 年 月 日

所在地

診療機関等名称

代表者職・氏名

印

誓 約 書

東北大学病院長 殿

東北大学病院において研修を受けるに当たり、研修登録医として下記の事項
を遵守することを誓約します。

記

1. 研修期間中は諸規則を遵守し、指導教員の指示に従うこと。
2. 個人情報保護に関する法令等を十分に理解し、研修で知り得た個人情報については
厳重に管理するとともに、決して他に漏らさないこと。

西暦 年 月 日

所属機関名

研修登録医氏名

(署名又は記名押印)

(採用日 西暦 年 月 日)

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の免疫についての申告書

所属 職名 氏名 生年月日 西暦 年 月 日

	①ワクチン接種歴	②抗体検査歴	③ワクチン接種基準	備考
麻疹	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	(検査方法を○で囲んでください。) 抗体価 (EIA-IgG,PA,NT) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	EIA 法(IgG) <u>16</u> 未満、PA 法 <u>128</u> 倍以下、NT 法 <u>4</u> 倍以下はワクチン接種が必要です。	
風疹	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	※2回のワクチン接種歴がある場合は、抗体検査は不要です。接種歴のみを記載してください。 ※それ以外の方は、ワクチン接種歴と抗体検査歴を記載してください。	(検査方法を○で囲んでください。) 抗体価 (EIA-IgG,HI) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	EIA 法(IgG) <u>8</u> 未満、HI 法 <u>16</u> 倍以下はワクチン接種が必要です。
水痘	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	(検査方法を○で囲んでください。) 抗体価 (EIA-IgG,IAHA,NT) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	EIA 法(IgG) <u>4</u> 未満、IAHA 法 <u>2</u> 倍以下、NT 法 <u>2</u> 倍以下はワクチン接種が必要です。	
流行性 耳下腺炎	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	抗体価 (EIA-IgG) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	<u>4</u> 未満はワクチン接種が必要です。	
B型肝炎	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日 3回目 西暦 年 月 日	※ワクチン接種歴と抗体検査歴について、可能な限り記載してください。 ※今回改めて検査及びワクチン接種の必要はありません。	抗体価 (CLIA) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日 ※(+) (-) のみは院内検査の対象となります。	HBs 抗体価 (EIA、CLIA、CLEIA、RIA)で <u>10mIU/ml</u> 未満

※接種・検査日は文書で確認したものを記載してください。日付（少なくとも月）が特定できない場合は認定できません。

※抗体検査法やワクチン接種基準は、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」に準拠しています。

※既罹患があるため予防接種を受けていない場合は、必ず抗体検査の結果を記載してください。

※過去に検査結果を提出している場合や、当院で検査歴およびワクチン接種歴がある場合等は、感染管理室（内線 7841）にお問い合わせください。

※免疫抑制剤の内服、妊娠、その他ワクチンを接種できない疾患や事情がある場合は、備考に記載してください。

ワクチン接種基準（医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版 に準拠）

疾患名	抗体価陰性 (ワクチン接種 2 回必要)	抗体価疑陽性 (ワクチン接種 1 回必要)	抗体価陽性
麻疹	EIA 法(IgG) : 2.0 未満 PA 法 : 16 倍未満 NT 法 : 4 倍未満	EIA 法(IgG) : 2.0~15.9 PA 法 : 16,32,64,128 倍 NT 法 : 4 倍	EIA 法(IgG) : 16.0 以上 PA 法 : 256 倍以上 NT 法 : 8 倍以上
風疹	EIA 法(IgG) : 2.0 未満 HI 法 : 8 倍未満	EIA 法(IgG) : 2.0~7.9 HI 法 : 8,16 倍	EIA 法(IgG) : 8.0 以上 HI 法 : 32 倍以上
水痘	EIA 法(IgG) : 2.0 未満 IAHA 法 : 2 倍未満 NT 法 : 2 倍未満	EIA 法(IgG) : 2.0~3.9 IAHA 法 : 2 倍 NT 法 : 2 倍	EIA 法(IgG) : 4.0 以上 IAHA 法 : 4 倍以上 NT 法 : 4 倍以上
流行性 耳下腺炎	EIA 法(IgG) : 2.0 未満	EIA 法(IgG) : 2.0~3.9	EIA 法(IgG) : 4.0 以上

※ 4 疾患とも CF 法では測定しないこと。

※ 麻疹と流行性耳下腺炎は HI 法では測定しないこと。

疾患名	抗体価陰性 (ワクチン接種 3 回必要)	抗体価陽性
B 型肝炎	HBs 抗体価 EIA、CLIA、CLEIA、RIA 法 : 10mIU/ml 未満	HBs 抗体価 EIA、CLIA、CLEIA、RIA 法 : 10mIU/ml 以上

※凝集法(PHA 法)の結果を記載した場合、(+) (-)のみを記載した場合は、院内検査の対象となります。

産業医判定		産業医名		採用 年月日	年 月 日	整理番号	
						チェック	

本人記入欄

フリガナ 氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所	〒						

医療機関記入欄

健康診断実施年月日		年 月 日	
業 務 歴		既 往 歴	
自 覚 症 状		貧 血 検 査	血色素量 (g/dL)
			赤血球数 ($10^4/\mu\ell$)
他 覚 症 状		肝機能 検 査	GOT (IU/L)
			GPT (IU/L)
			γ -GTP (IU/L)
血 圧 (mmHg)		血中脂質 検 査	LDLコレステロール (mg/dL)
			HDLコレステロール (mg/dL)
尿検査	糖 蛋白		トリグリセライド (mg/dL)
		血糖検査 (mg/dL)	
胸部X線撮影	直 接 ・ 間 接 	医師の診断	
		医師の意見	
		備 考	
フィルム番号	No.		
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 医 師 名			
印			

これより上には記入しないでください。

(職員外 診療従事者用)

健康状態確認票

※「医師の診断」の欄には、「異常なし」、「要精密検査」、「要医療」等の医師の診断を記入願います。
 ※「医師の意見」の欄には、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入願います。