**中部学院大学・中部学院大学短期大学部**

④

**結核に関する健康診断書**

氏　　　名

　　　　　　　　　　姓（family name）　　　　　　　　　名（first name）

生年月日　　　 　　 /　　　　　/

　　　　　 　月　　　　　日　 　　年

**医師による結核の臨床評価　（以下は全て必ず医師が記入すること）**

1. 結核スクリーニング検査（3ヶ月以内に受診したもの）

原則インターフェロン・ガンマ線放出測定(IGRA)検査を実施し、結果を下記に記入してください。

|  |
| --- |
| 抗原特異的インターフェロン-γ遊離検査（IGRA） |
| 検査実施日：　　 　　 /　　　　　/  　　　　　　 　月　　　　　日　 　　年  検査方法：□ QFT-GIT　　□ T-SPOT　　□ その他  結　　果：□ 陰性　　　　　　　　　□ 陽性　　　　　　　　　□判定保留 |

1. 陽性または判定保留の方は胸部レントゲン検査　※ 1.の検査（IGRA検査）が陰性であれば不要

検査実施日：　　 　　 /　　　　　/　　　　　 　　結　果：□異常なし　□異常あり※

　　　　　　　　月　　　　　日　 　　年

※結核が見つかった場合は、他者への感染の可能性について以下にコメントをお願いします。

**私は上記の情報がこの学生の結核スクリーニング結果の正確な記録であることを証明します。**

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

医療機関所在地

書類作成日　　　 　　 /　　　　　/

月　　　　　日　 　　年