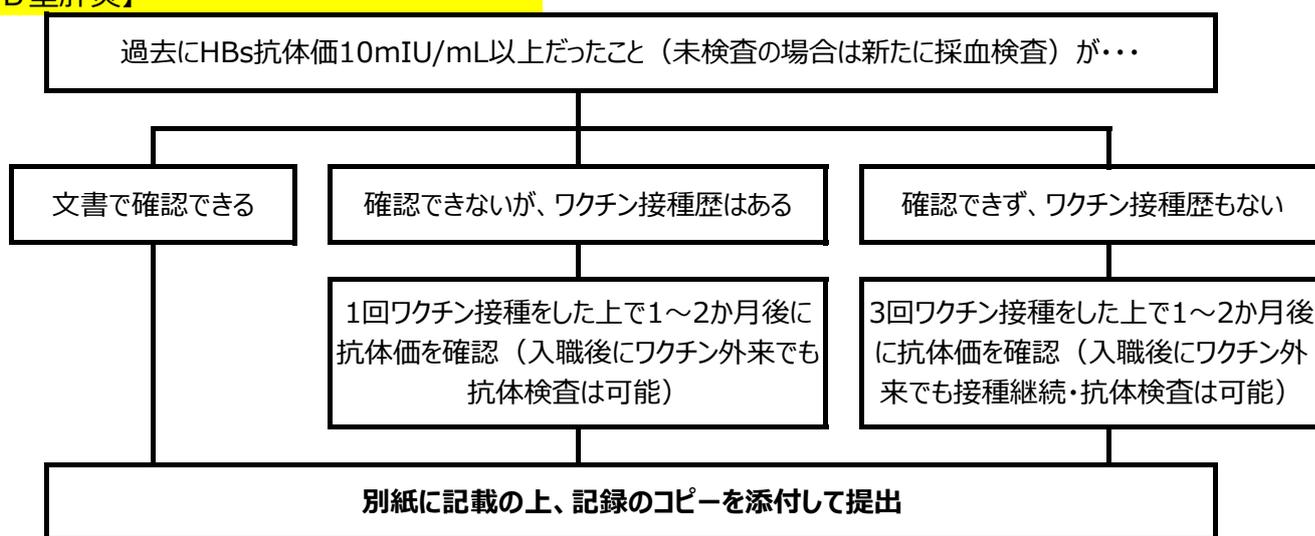


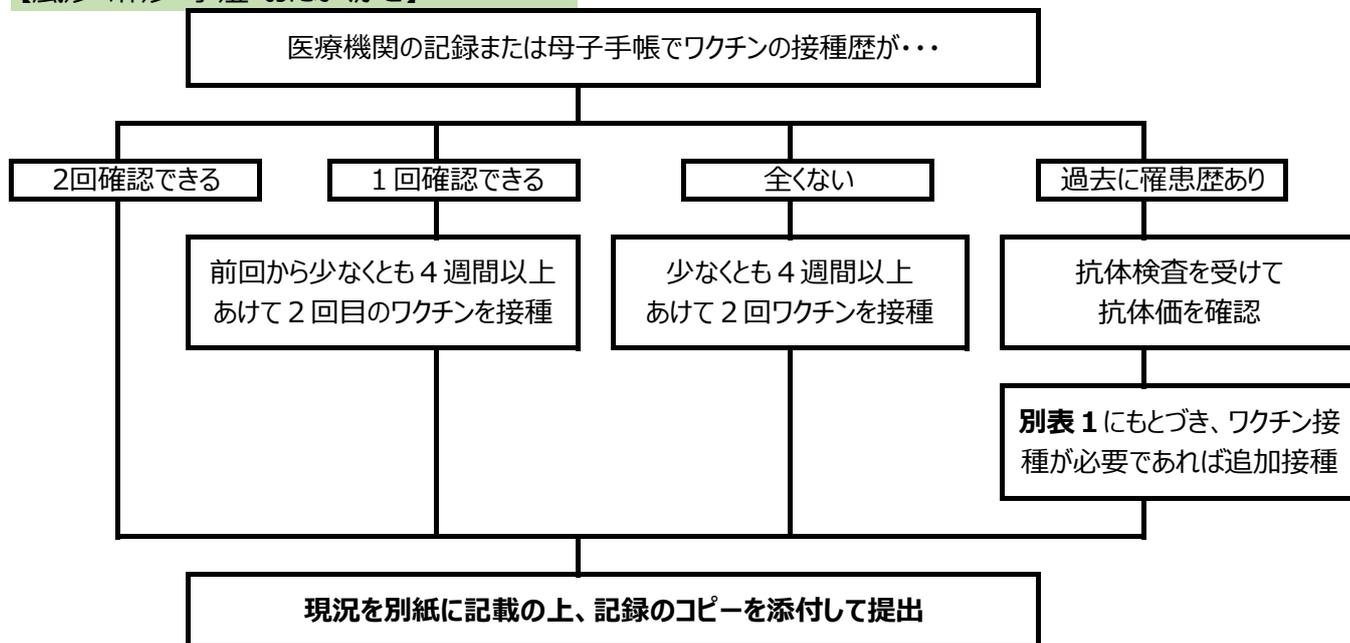
## 風疹・麻疹・水痘・おたふく風邪・B型肝炎の 「ワクチン接種歴」「抗体検査結果」の提出について

医療関係者は自分自身を感染症から守るとともに、自分自身が感染源にならないためにも感染症予防に積極的になる必要があります。当院では感染管理のため、採用にあたり予防接種歴をご提出いただいております。以下をご参照いただき、ワクチン接種歴・抗体検査結果証明書をご提出ください。  
医療機関ではなく自身で記載する場合、母子手帳などの接種歴・検査結果を証明する書類のコピーを添付してください

### 【B型肝炎】



### 【風疹・麻疹・水痘・おたふくかぜ】



\* 問い合わせ先 \*

三井記念病院 総務人事課  
Tel : 03-3862-9236 (直通)

## 風疹・麻疹・水痘・おたふくかぜの抗体価と必要予防接種回数 (予防接種の記録がない場合)

**別表 1**

|            | 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   |
|------------|---|--|---|
| 風疹         | HI法 1:8未満<br>EIA法(IgG) 2.0未満<br>EIA法(IgG) 陰性 (0.100未満)<br>LTI法 6IU/mL未満<br>CLEIA法 10IU/mL未満<br>CLEIA法 抗体価 4未満<br>FIA法 抗体価 1.0AI未満<br>FIA法 10IU/mL未満<br>CLIA法 10IU/mL未満<br>ELFA法 10IU/mL未満 | HI法 1:8, 1:16<br>EIA法(IgG) 2.0以上 8.0未満<br>EIA法(IgG) 30IU/mL未満<br>LTI法 6以上 30IU/mL未満<br>CLEIA法 10以上 45IU/mL未満<br>CLEIA法 抗体価 4以上 14未満<br>FIA法 抗体価 1.0以上 3.0AI未満<br>FIA法 10以上 30IU/mL未満<br>CLIA法 10以上 25IU/mL未満<br>ELFA法 10以上 45IU/mL未満 | HI法 1:32以上<br>EIA法(IgG) 8.0以上<br>EIA法(IgG) 30IU/mL以上<br>LTI法 30IU/mL以上<br>CLEIA法 45IU/mL以上<br>CLEIA法 抗体価 14以上<br>FIA法 抗体価 3.0AI以上<br>FIA法 30IU/mL以上<br>CLIA法 25IU/mL未満<br>ELFA法 45IU/mL以上 |
| 麻疹         | EIA法(IgG) 2.0未満<br>中和法 1:4未満<br>FIA法 抗体価 0.4AI未満  | EIA法(IgG) 2.0以上 16.0未満<br>中和法 1:4<br>FIA法 抗体価 0.4AI以上 1.5AI未満  | EIA法(IgG) 16.0以上<br>中和法 1:8<br>FIA法 抗体価 1.5AI以上   |
| 水痘         | EIA法(IgG) 2.0未満<br>IAHA法 1:2未満<br>中和法 1:2未満<br>FIA法 抗体価 0.3AI未満   | EIA法(IgG) 2.0以上 4.0未満<br>IAHA法 1:2<br>中和法 1:2<br>FIA法 抗体価 0.3AI以上 0.5AI未満  | EIA法(IgG) 4.0以上<br>IAHA法 1:4以上<br>中和法 1:4以上<br>FIA法 抗体価 0.5AI以上   |
| おたふく<br>かぜ | EIA法(IgG) 2.0未満<br>FIA法 抗体価 0.7AI未満   | EIA法(IgG) 2.0以上4.0未満<br>FIA法 抗体価 0.7AI以上 1.3AI未満   | EIA法(IgG) 4.0以上<br>FIA法 抗体価 1.3AI以上   |

(参考) 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4版より

### 判定及び提出書類について

**【判定結果】**

- A** : ワクチン接種が2回以上確認できる／抗体検査結果を確認し、「**今すぐの接種は不要**」であった又は  
ワクチン接種が必要だったため追加接種を行った
- B** : ワクチン接種が1回確認できる／抗体検査結果を確認し、「**あと1回の接種が必要**」であったため、  
ワクチンの追加接種を行った
- C** : ワクチン接種記録が確認できない／抗体検査結果を確認し、「**あと2回の接種が必要**」であるが  
追加接種をしていない／記録が何もない

**【提出書類】**

ワクチン接種や抗体検査をしたことがわかる書類（接種日・検査日の日付がわかるもの）  
例）母子手帳のワクチン接種歴のページ、抗体検査のデータ、ワクチン接種歴・抗体検査結果証明書（別紙）

(別紙)

# ワクチン接種歴・抗体検査結果 証明書 (医療機関証明)

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

職種： \_\_\_\_\_

入職日： \_\_\_\_\_

| 項目          | ワクチン接種歴 | 検査日   | 検査法 | 抗体価結果 |
|-------------|---------|-------|-----|-------|
| 風疹          | 年 月 日   | 年 月 日 |     |       |
|             | 年 月 日   |       |     |       |
| 麻疹          | 年 月 日   | 年 月 日 |     |       |
|             | 年 月 日   |       |     |       |
| 水痘          | 年 月 日   | 年 月 日 |     |       |
|             | 年 月 日   |       |     |       |
| 流行性耳<br>下腺炎 | 年 月 日   | 年 月 日 |     |       |
|             | 年 月 日   |       |     |       |

| 項目   | ワクチン接種歴 | 検査日   | 検査法 | HBs抗体価結果 |
|------|---------|-------|-----|----------|
| B型肝炎 | 年 月 日   | 年 月 日 |     |          |
|      | 年 月 日   |       |     |          |
|      | 年 月 日   |       |     |          |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

病院名：

所在地：

医師名：

Ⓜ

病院使用欄

| 風疹 | 麻疹 | 水痘 | ムンプス | B型 |
|----|----|----|------|----|
|    |    |    |      |    |