

## ワクチン接種・抗体検査届出書

ふりがな \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 業務開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

当院では感染対策のため、4種のウイルス(麻疹、風疹、水痘、ムンプス)について、職員に2回のワクチン接種歴の証明あるいは基準値以上の抗体保有の証明を求めています。2回のワクチン接種歴を証明できない場合は足りない回数分のワクチンを接種するか、抗体検査を受けて、基準値以上の抗体価があることの証明を提出してください。抗体価が基準値に満たない場合は、下表を参照し、それに見合った回数分のワクチンを接種してください。下表に結果を各自記入し、本用紙と医療機関の証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)、母子手帳コピーを併せて提出してください。

#### 【注意事項】

- ・指定した検査方法以外では判定できませんので必ず指定した方法で検査を受けるようお願いします。
- ・業務開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、入室制限などが生じる場合があります。
- ・ワクチン接種は接種間隔を1ヶ月空けなければならないものもあります。そのため検査は十分な時間的余裕を持って受けるようお願いします。
- ・アレルギー等でワクチン接種を受ける事が出来ない場合はその旨を余白に明記してください。
- ・検査に係るご相談は当院感染制御部へお問い合わせください。

#### 当院ではワクチン2回接種を推奨しています。

2回以上の接種歴がないウイルスについては、ワクチン接種または、抗体検査を実施してください。

抗体検査の結果およびワクチン接種歴を記入してください。

| 項目                | ワクチン接種日<br>(接種歴2回以上の方は検査不要) | 検査日   | 検査方法<br>(行った検査法に○) | 測定値 | 必要な対応(測定値に○) |                     |                         |
|-------------------|-----------------------------|-------|--------------------|-----|--------------|---------------------|-------------------------|
|                   |                             |       |                    |     | 対応不要         | 検査後<br>ワクチン<br>1回接種 | 検査後又は前後<br>ワクチン<br>2回接種 |
| 麻疹                | 年 月 日                       | 年 月 日 | EIA(IgG)           |     | ≥16.0        | 2-15.9              | <2                      |
|                   | 年 月 日                       |       | NT(中和法)            |     | ≥8           | 4                   | <4                      |
|                   | 年 月 日                       |       | PA                 |     | ≥256         | 16-128              | <16                     |
| 風疹                | 年 月 日                       | 年 月 日 | EIA(IgG)           |     | ≥8.0         | 2-7.9               | <2                      |
|                   | 年 月 日                       |       | HI                 |     | ≥32          | 8-16                | <8                      |
| 水痘                | 年 月 日                       | 年 月 日 | EIA(IgG)*          |     | ≥4 (+)       | 2-3.9 (+)           | <2 (-)                  |
|                   | 年 月 日                       |       | IAHA               |     | ≥8           | 2-4                 | <2                      |
| 流行性耳下腺炎<br>(ムンプス) | 年 月 日                       | 年 月 日 | EIA(IgG)*          |     | ≥4 (+)       | 2-3.9 (+)           | <2 (-)                  |

\*基準値が異なる場合各検査機関の陽性基準による。

### 2. B型肝炎

病院内では血液の曝露を受ける事もあるため、抗体陽性であることを推奨しています。抗体検査やワクチン接種を受けた方は下記に結果を記入し、検査結果またはワクチンの接種証明書類を提出してください。

|       | 検査日   | 検査方法<br>(行った検査法に○) | 測定値 | 基準         | ワクチン接種日 |       |
|-------|-------|--------------------|-----|------------|---------|-------|
|       |       |                    |     |            | 1回目     | 2回目   |
| HBs抗体 | 年 月 日 | EIA・CLIA           |     | ≥10 mIU/mL | 年 月 日   | 年 月 日 |
|       |       |                    |     |            | 3回目     | 年 月 日 |

各問い合わせ先

事務手続・書類受付

研修医

看護職員

上記以外の職員

検査基準内容

総合研修センター

看護部事務室

総務課労働安全担当

感染制御部

TEL:03-5800-8608(直通)

TEL:03-5800-6520(直通)

TEL:03-5800-9157(直通)

TEL:03-3815-5411

(内線35335)

2019年9月更新

## 医療機関の発行する検査結果・ワクチン接種証明書・母子手帳のコピー提出

証明のコピーが無い方は未提出とみなします。