

【提出用】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 _____ 年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 業務開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【必須】麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス)

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。
本用紙を記入し、医療機関の証明書のコピー(※)と併せて学内便等で提出してください。

【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いたします。
- ・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いたします。
- ・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。

・証明書として有効なものは、医療機関や教育機関等が発行した検査結果・ワクチン接種証明・母子手帳・問診票・領収書等です。
 ・ワクチン接種と抗体検査の両方ある場合は総合的に判断されますので、両方とも提出してください。
 ・証明書コピー添付のない場合は記入事項は無効です。
 ・病院名・日付・検査方法が明記されていない場合は無効です。
 ・証明書はコピーを提出し、**原本はご自身で管理・保管**してください。
 ・提出された書類の返却・複製はいたしません。

■添付した証明書に記載のあるワクチン接種歴と抗体検査結果を記入してください。

項目	ワクチン接種日 (2回以上接種している場合は新しいものから2回)	検査日 (ワクチン接種2回以上の方は検査データ不要)	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	院内基準		
					対応不要 2回のワクチン接種もしくは以下の基準	検査後 ワクチン 1回接種	検査後または 前後ワクチン 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 (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。

【任意】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ことのある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 (行った検査法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日	
					1回目	年 月 日
HBs抗体	年 月 日	EIA・CLIA		≥ 10 mIU/mL	2回目	年 月 日
					3回目	年 月 日

問い合わせ先		外線	内線	
事務手続・書類受付	研修医・届出・登録	総合研修センター	03-5800-8608	32212
	看護職員	感染対策センター	03-5800-9151	32625
	上記以外の職員	人事労務課労働安全	03-5800-9157	32231
検査基準・内容		感染制御部	03-3815-5411	35335

証明書が無い場合は、スペースに「添付書類なし」と記入のうえご提出ください。
 以降の対応は追ってご連絡いたします。

院内基準を満たしていない場合や検査項目が足りない場合でも、いったんご提出ください。

【提出用】ワクチン接種・抗体検査届出書（見本）

ふりがな とうだい はなみ 所属 眼科 記入日 2022 年 4 月 10 日
氏名 東大 花美 月日 1995 年 9 月 2 日 業務開始日 2022 年 6 月 1 日

【必須】麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（ムンプス）

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。
本用紙を記入し、医療機関の証明書のコピー（※）と併せて学内便等で提出してください。

【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いたします。
- ・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いたします。
- ・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。

- ・証明書として有効なものは、医療機関や教育機関等が発行した検査結果・ワクチン接種証明・母子手帳・問診票・領収書等です。・ワクチン接種と抗体検査の両方ある場合は総合的に判断されますので、両方とも提出してください。
- ・証明書コピー添付のない場合は記入事項は無効です。
- ・病院名・日付・検査方法が明記されていない場合は無効です。
- ・証明書はコピーを提出し、原本はご自身で管理・保管してください。
- ・提出された書類の返却・複製はいたしません。

■添付した証明書に記載のあるワクチン接種歴と抗体検査結果を記入してください。

項目	ワクチン接種日 (2回以上接種している場合は新しいものから2回)	検査日 (ワクチン接種2回以上の方は検査データ不要)	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	院内基準		
					対応不要 2回のワクチン 接種もしくは以下 の基準	検査後 ワクチン 1回接種	検査後または 前後ワクチン 2回接種
麻疹	年 月 日 年 月 日	2020年 11 月 4日	EIA(IgG)	32.4	≥16.0	2-15.9	<2
			NT(中和法)		≥8	4	<4
			PA		≥256	16-128	<16
風疹	2020 年 12 月 4 日 年 月 日	2020年 11 月 4日	EIA(IgG)	16	≥8.0	2-7.9	<2
			HI		≥32	8-16	<8
水痘	年 月 日 年 月 日	2020年 11 月 4日	EIA(IgG)	8.9	≥4 (+)	2-3.9 (+)	<2 (-)
			IAHA		≥8	2-4	<2
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	2020 年 12 月 4 日	2020年 11 月 4日	EIA(IgG)*	0.6	≥4 (+)	2-3.9 (+)	<2 (-)
	2020 年 12 月 5 日						

*基準値が異なる場合各検査機関の陽性基準による。

【任意】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ことのある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 (行った検査法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日	
HBs抗体	2019 年 12 月 4 日	EIA CLIA	118	≥10 mIU/mL	1回目	2019 年 5 月 13 日
					2回目	2019 年 7 月 14 日
					3回目	2019 年 9 月 15 日

問い合わせ先	外線		内線
事務手続・書類受付	研修医・届出・登録	総合研修センター	03-5800-8608 32212
	看護職員	感染対策センター	03-5800-9151 32625
	上記以外の職員	人事労務課労働安全担当	03-5800-9157 32231
検査基準・内容		感染制御部	03-3815-5411 35335

証明書が無い場合は、スペースに「添付書類なし」と記入のうえご提出ください。
以降の対応は追ってご連絡いたします。