

【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 _____ 生年月日 _____ 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(※1参照)の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。

※1 証明書として有効なもの

- 医療機関発行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
- ・検査又はワクチン接種した病院・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・複製は致しません

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 (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 | 検査後 ワクチン 1回接種 | 検査後又は前後 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 | |
|-----------|-------------------|--------------|--------------|-------|
| | 研修医・届出・登録総合研修センター | 03-5800-8608 | 32212 | |
| 事務手続・書類受付 | 看護職員 | 看護部事務室 | 03-5800-6520 | 35261 |
| | 上記以外の職員 | 総務課労働安全担当 | 03-5800-9157 | 32231 |
| 検査基準・内容 | 感染制御部 | 03-3815-5411 | 35335 | |

2020/11/2 更新

証明書(※1参照)の添付が無いものは未提出の扱いとなります

見本

【提出用】ワクチン接種・抗体検査届出書

ふりがな とうだい はなこ 所属 眼科 記入日 2021 年 1 月 10 日

氏名 東大 花子 生年月日 1983 年 9 月 2 日 業務開始日 2021 年 4 月 1 日

【必須】麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス)

院内基準を満たしていない、検査項目に不足がある等の場合でも皆様ご提出をお願い致します。

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(※1参照)の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。

※1 証明書として有効なもの

- ・医療機関発行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
- ・検査又はワクチン接種した病院・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・複製は致しません

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 (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 | 検査後 ワクチン 1回接種 | 検査後又は前後 ワクチン 2回接種 |
| 麻疹 | 年 月 日 年 月 日 | 2017 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 | 2017 年 12 月 4 日 年 月 日 | 2017 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 | 2017 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) | 2017 年 12 月 4 日 2018 年 1 月 15 日 | 2017 年 11 月 4 日 | EIA(IgG)* | 0.6 | ≥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

任意提出ですので、これまでに検査やワクチン接種をしたことがなければ不要です。履歴がある方はご提出ください。

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 | 2017 年 11 月 4 日 | EIA・CLIA | 118 | ≥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 | 看護部事務室 | | 03-5800-6520 | 35261 |
| | 上記以外の職員 | 総務課労働安全担当 | | 03-5800-9157 | 32231 |
| 検査基準・内容 | | 感染制御部 | | 03-3815-5411 | 35335 |

2020/11/2 更新

証明書(※1参照)の添付が無いものは未提出の扱いとなります