

提出必須

ワクチン接種・抗体価検査結果報告書

本法人に入職の方は、入職前の免疫獲得が必要です。本様式により、獲得したことを示す根拠資料がそろったことを確認してから提出してください。

●氏名等の情報を記載してください。

【記載日】
【職員番号】 H 【フリガナ氏名】 【生年月日】 年 月 日
【採用職種】 【勤務形態】 ☐ 常勤 ☐ 非常勤・アルバイト 【採用予定日】 年 月 日
【所属】 【連絡先】 (内線) (IP) (携帯)

●過去の在籍歴の確認をします。

以下に該当する方は、本法人で情報管理している可能性があります。当該情報の提供に同意される場合は、該当箇所に✓を入れ一旦この書類のみ提出してください。こちらで情報を確認し、不足があれば別途督促します。

チェック欄 ※✓を入れた場合は、一旦この用紙のみ提出してください（証明書類は不要）

- ☐ 兵庫医科大学（医学部・薬学部・看護学部・リハビリテーション学部）（ 年 月 卒業見込／卒業 ）
※2023.4以降に本学の薬学部・看護学部・リハビリテーション学部卒の方は、**結核検査（IGRA検査）を実施していないため**入職までに検査を実施し、当該結果（写）をこの報告書に添付して提出してください。
- ☐ 兵庫医療大学（ 学部 学科 ）（ 年 月 卒業 ）
- ☐ 学校法人 兵庫医科大学にて勤務歴あり（職種： ）

●下記書類を準備してください（※揃っていることを確認すること）

チェック欄

- ☐ 麻疹ワクチン接種証明写し（2回分）
☐ 水痘ワクチン接種証明写し（2回分）
☐ ムンプスワクチン接種証明写し（2回分）
☐ 風疹ワクチン接種証明写し（2回分）
- ※全員提出要**
罹患歴のある方は、裏面の参考資料も参照し根拠資料を提出してください。
- ☐ **B型肝炎関係書類※対象職種（裏面参照）は提出要**
(ア) ワクチン接種証明(3回分) + 接種後の検査値(CLIA 又は CLEIA 法)が10mIU/ml以上を証する書類
(イ) B型肝炎抗体価(CLIA 又は CLEIA 法)が10mIU/ml以上を証する書類
- ☐ **結核検査関係書類※常勤のみ提出要** (アルバイト・非常勤は不要)
① QFT の検査結果を証する書類写し
② T-SPOT の検査結果を証する書類写し
- ☐ **新型コロナワクチン接種証明写し※接種者のみ提出要**
- ※(ア)(イ) いずれかで OK
※①② いずれかで OK

●不足がある場合

上記書類がそろわない場合は、近医にて必要に応じた抗体価検査、ワクチン接種を実施して当該検査結果および接種証明写しを提出してください(※兵庫医科大学病院での実施はできません)

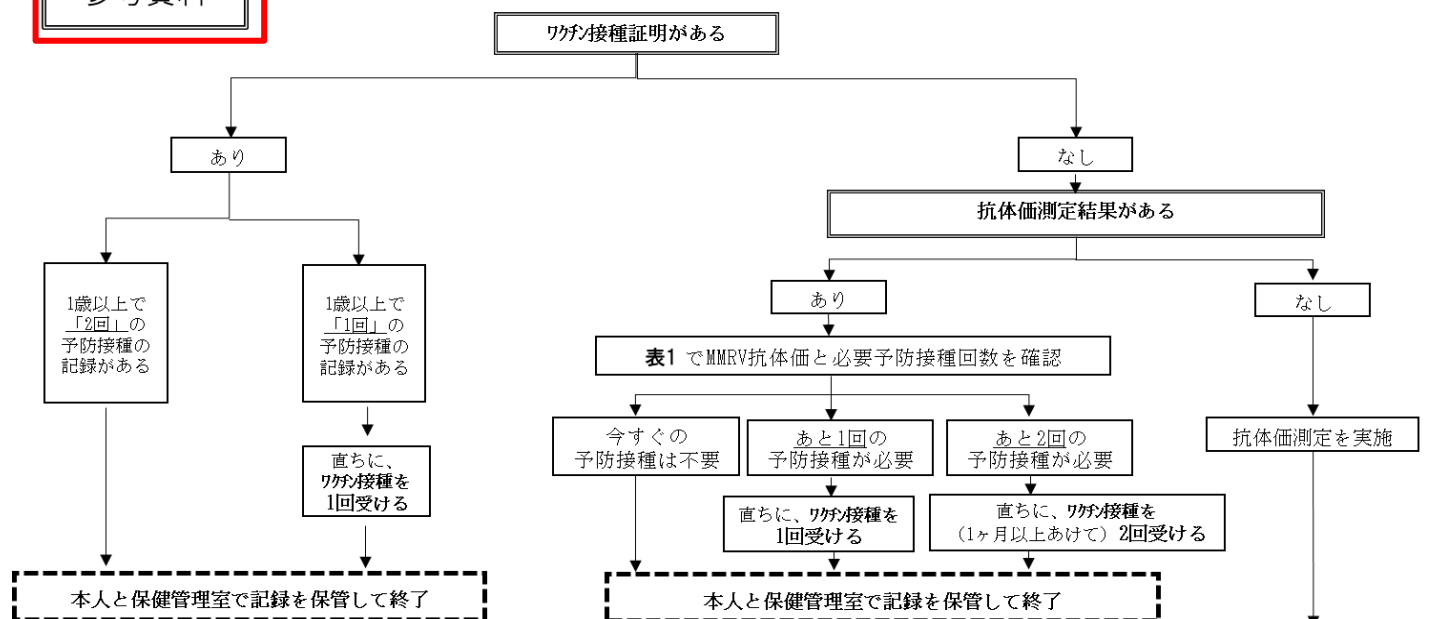
●医療機関等にワクチン接種歴・抗体価検査結果を記載依頼する場合

根拠資料がない等の理由により、医療機関等にワクチン接種歴・抗体価検査結果の記載を依頼する場合は、別紙の「医療機関記載用」を使用してください(公印が必要となりますので、文書料が発生する場合があります。)

兵庫医科大学 保健管理センター
場所 10号館4階
E-mail hoke-kan@hyo-med.ac.jp
TEL 0798-45-6544

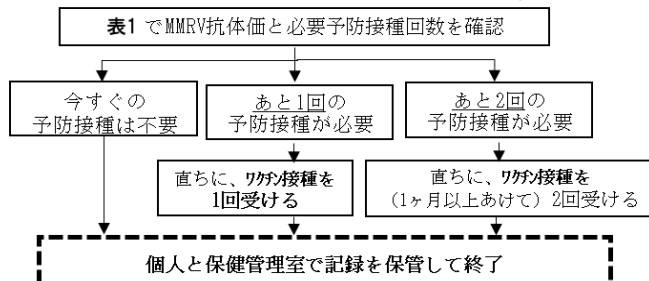
参考資料

風疹、麻疹、水痘、流行性耳下腺炎 接種マニュアル (ムンプス、おたふくかぜ)



(表1) 抗体価と必要予防接種回数(予防接種の記録がない場合)

疾患名	検査方法	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 (+)
麻疹 (はしか)	EIA法-IgG	2.0未満	2.0~15.9	16.0以上
	PA法	16倍未満	16倍, 32倍, 64倍, 128倍	256倍以上
	NT法	4倍未満	4倍	8倍以上
風疹 (三日はしか)	HI法	8倍未満	8倍, 16倍	32倍以上
	EIA法-IgG	2.0未満	2.0~7.9	8.0以上
水痘 (水ぼうそう)	EIA法-IgG	2.0未満	2.0~3.9	4.0以上
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	EIA法-IgG	2.0未満	2.0~3.9	4.0以上



■B型肝炎 ワクチン接種歴・抗体価検査結果要否

- 直接患者の医療・ケアに携わる職種、患者や患者の血液・体液に接する可能性がある職種の方は非常勤、アルバイト、臨時職員などの雇用形態、研修医やレジデントなどの身分を問わず、提出が必要です。
- の職種の方は、抗体価が陽性であることを証する根拠資料(写)の提出が必須です。

職種	1 医師・歯科医師	2 診療現場で教員でない教員	3 助産師	4 看護師	5 准看護師	6 看護助手	7 薬剤師	8 診療放射線技師	9 臨床検査技師	10 理学療法士	11 作業療法士	12 言語聴覚士	13 視能訓練士	14 臨床工学技士	15 歯科衛生士	16 歯科技工士
B型肝炎提出対象	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
職種	17 保健師	18 公認心理師	19 介護福祉士	20 ソーシャルワーカー	21 事務員 看護部、病院事務部の職員を含む	22 技術員	23 研究支援者	24 用務員	25 実験補助	26 相談員	27 保育士	28 管理栄養士・栄養士	29 その他			
B型肝炎提出対象	○	×	○	×	×	○※	○※	×	○※	×	○	×	—※			

※については、血液・体液に曝露する可能性がある業務に従事しない場合は対象外とします。

例1: 医局等の実験補助で血液等を扱う場合は対象となりますが、秘書業務のみの担当の場合は対象外です。

例2: 技術員について、剖検介助等、血液等を扱う業務に就く場合は対象となりますが、該当しない場合は対象外です。

医療機関記載用

(氏名)

(生年月日)

年 月 日

① 4 種ウイルス【全員必須】 ワクチン接種状況、抗体価検査結果を記載して下さい。

項目	●今までに接種した ワクチンの接種日 * 未接種→(A)へ * 2 回以上接種済 →直近 2 回分を記載して 「②B型肝炎」へ * 1 回接種済 →あと 1 回接種し、直近 2 回の実施日を記載し 「②B型肝炎」へ	検査日	検査 方法	測定 値	(B)測定値と必要接種回数 (※該当の値の□に✓)	左記 (B) に基づき 必要回数のワクチン接種を 実施し、当該日付を記載 (西暦)
麻疹	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日	EIA		☐ 2.0 未満 (ワクチン接種 2 回要) ☐ 2.0~15.9 (ワクチン接種 1 回要) ☐ 16.0 以上 (ワクチン接種不要)	① 年 月 日 ② 年 月 日
水痘	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日	EIA		☐ 2.0 未満 (ワクチン接種 2 回要) ☐ 2.0~3.9 (ワクチン接種 1 回要) ☐ 4.0 以上 (ワクチン接種不要)	① 年 月 日 ② 年 月 日
			IAHA		☐ 2 倍未満 (ワクチン接種 2 回要) ☐ 2 倍 (ワクチン接種 1 回要) ☐ 4 倍以上 (ワクチン接種不要)	
流行性 耳下腺炎	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日	EIA		☐ 2.0 未満 (ワクチン接種 2 回要) ☐ 2.0~3.9 (ワクチン接種 1 回要) ☐ 4.0 以上 (ワクチン接種不要)	① 年 月 日 ② 年 月 日
風疹	① 年 月 日 ② 年 月 日	年 月 日	EIA		☐ 2.0 未満 (ワクチン接種 2 回要) ☐ 2.0~7.9 (ワクチン接種 1 回要) ☐ 8.0 以上 (ワクチン接種不要)	① 年 月 日 ② 年 月 日
			HI		☐ 8 倍未満 (ワクチン接種 2 回要) ☐ 8~16 倍 (ワクチン接種 1 回要) ☐ 32 倍以上 (ワクチン接種不要)	

② B 型肝炎【対象職種のみ】(前ページ参照) ワクチン接種状況、抗体価検査結果を記載して下さい。

項目	抗体価検査日 (西暦)	検査 方法	測定 値	測定値とワクチン接種の可否	ワクチン接種日(西暦)	抗体価検査日 (西暦)	測定 値	検査方法
HBs 抗体	ワクチン接種前 年 月 日	☐ CLIA ☐ CLEIA ☐ その他 ()		測定値 (CLIA 又は CLEIA) ・10mIU/ml 未満 →ワクチン接種要(3 回) ・10mIU/ml 以上、 →ワクチン接種不要	ワクチン 1 シリーズ目(3 回接種)→ ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	1 シリーズ(3 回)の 接種後に実施 年 月 日		☐ CLIA ☐ CLEIA ☐ その他 ()
	※ワクチン 1 シリーズ(3 回接種)後の抗体価検査値が 基準を満たさない場合は、2 シリーズ目(3 回接種)を 実施してください。				ワクチン 2 シリーズ目 → ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	ワクチン 2 シリーズ 接種後に実施 年 月 日		☐ CLIA ☐ CLEIA ☐ その他 ()

③ 結核検査【常勤のみ】 IGRA 検査(QFT 又は T-SPOT)の検査結果を記載して下さい。

検査方法	検査日(西暦)	検査結果(基準:陰性)	備考
☐ QFT(クオンティ・フェロン) ☐ T-SPOT(ティースポット)	年 月 日	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 判定保留	※検査結果が「陽性」の場合は、 胸部 X 線検査結果を提出してください。 (撮影日、結果(所見)が確認できるもの)

(学校又は医療機関記載欄)

上記のとおり相違ないことを証明する。(※この証明欄に記載・押印をお願いします)

年 月 日

学校・施設名又は医療機関名:

学校・施設責任者又は医師名:

印

(問合せ先:担当者

電話番号

)

問合せ先: 兵庫医科大学 保健管理センター 保健管理室(0798-45-6544)