

# 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**根拠資料がそろっているか確認して**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 \_\_\_\_\_ 【<sup>フリガナ</sup>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✓を入れて提出してください。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: \_\_\_\_\_)

### ●下記の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肝抗体価(CLIA 又は CLEIA 法)が10mIU/ml以上を証する書類

※(ア)(イ)

いずれかでOK

- 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

※①②

いずれかでOK

- 新型コロナワクチン接種証明写し※接種者のみ提出要

### ●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「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](mailto:hoke-kan@hyo-med.ac.jp)  
TEL 0798-45-6544

# 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)

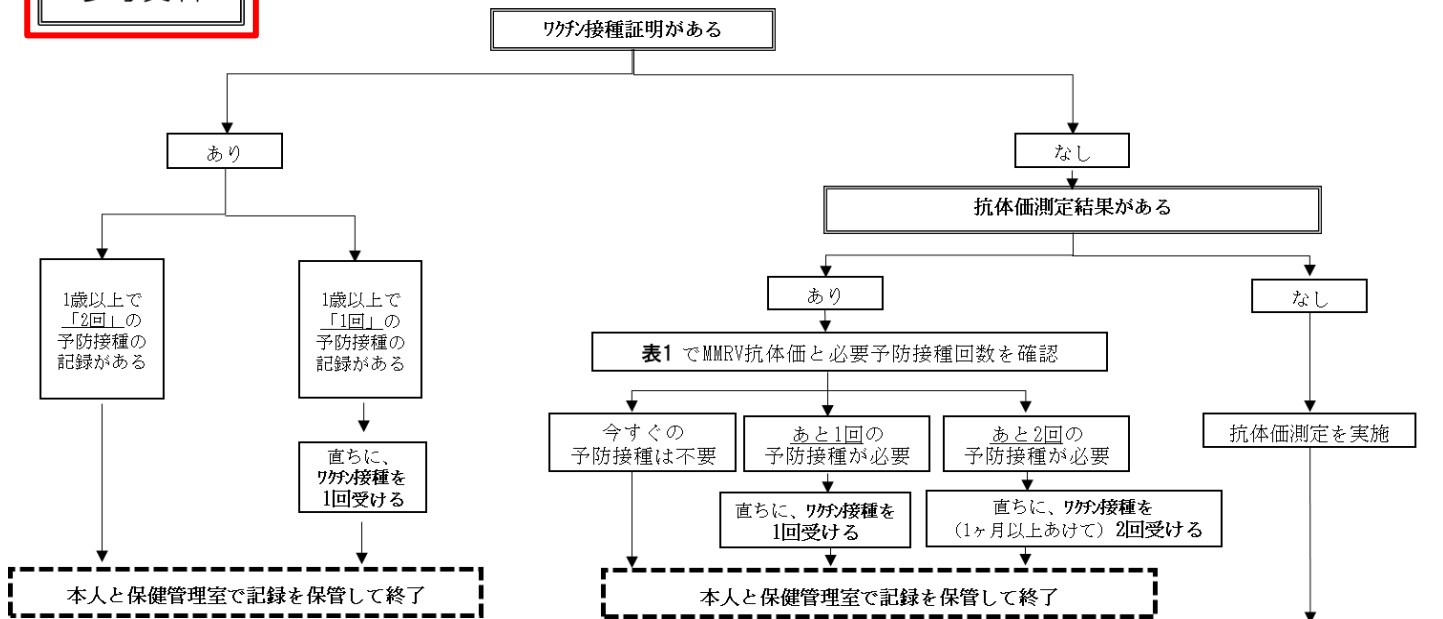


表1 MMRV 抗体価と必要予防接種回数 (予防接種の記録がない場合)

	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	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※: 陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL未満
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔAは、ヘア穴の吸光度の差 (陰性の場合、国際単位への変換は未実施)

## ■ B型肝炎 ワクチン接種歴・抗体価検査結果要否

1. **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。**
2. ○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 医師以外の教員	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 看護師、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。

Table with columns: 項目, 検査日, 検査方法, 測定値, 測定値と必要接種回数, 測定値に基づくワクチン接種日. Includes rows for 麻疹, 水痘, 流行性耳下腺炎, 風疹.

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。

Table for B型肝炎 antibody testing. Columns include: 項目, 抗体価検査日, 検査方法, 測定値, 測定値とワクチン接種の要否, ワクチン接種日, 抗体価検査日, 測定値, 検査方法.

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。

Table for Tuberculosis (IGRA) testing. Columns include: 検査方法, 検査日, 検査結果, 備考.

(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:



( 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)