

ワクチン接種・抗体価検査結果報告書

提出必須

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、獲得したことがわかる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。

(手順1) 氏名等の情報を記載する。

【職員番号】 H フリガナ
【氏名】 【採用予定日】 年 月 日

(手順2) 過去の在籍歴の確認

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。

(✓欄) 該当するものがあれば✓する。どれかに該当する場合、一旦**この用紙だけを提出(根拠資料不要)**

- 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)
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)を実施していない可能性が高いため確認のうえ、実施していない場合は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:)

(手順3) 母子手帳、出身校、前勤務先等で発行した証明書等を確認し ワクチン接種したことがわかる根拠資料(下記)を準備。

(✓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)
- } ※全員対象
- B型肝炎関係書類(以下ア、イのいずれか) → ※直接患者の医療・ケアに携わる職種、患者や患者の血液・体液に触れる可能性のある職種は身分を問わず**全員対象**。具体的な職種は裏面に記載しているので**必ず確認**してください。
 - (ア) ワクチン接種証明3回分と接種後B肝抗体検査値 $\geq 10\text{mIU/ML}$ 以上を示す資料
 - (イ) B肝抗体価検査値 $\geq 10\text{mIU/ML}$ 以上を示す資料
 - 結核検査関係書類(以下A、Bのいずれか) → ※常勤のみ(アルバイト・非常勤は不要)
 - (A) QFTの検査結果を証する書類写し
 - (B) T-SPTの検査結果を証する書類写し



〔手順3の書類が揃わない場合〕

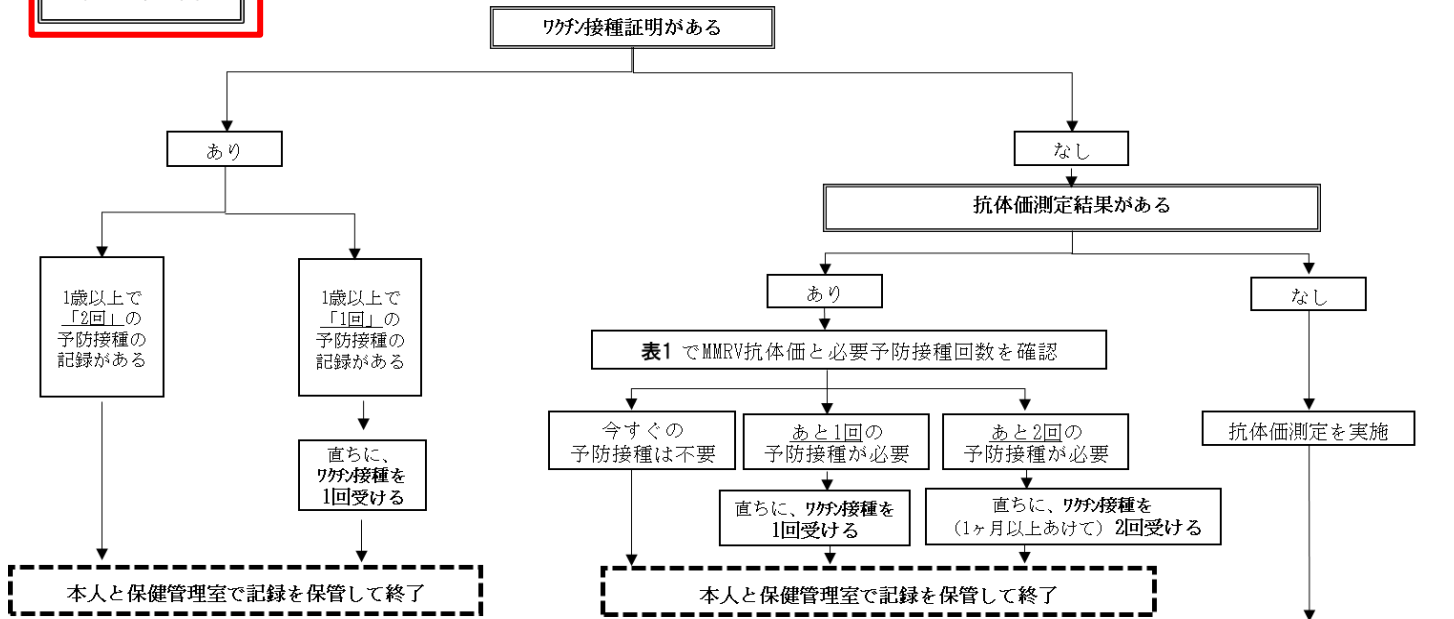
〔医療機関等にワクチン接種歴および抗体価検査結果を記載依頼する場合〕

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下さい(※原則、兵庫医科大学病院での実施は不可です)

「手順3」の根拠資料にかえて、別紙の「医療機関証明時使用」により医療機関等に証明作成を依頼することも可能です。その場合、公印が必要となりますので文書料(自己負担)が発生する場合があります。

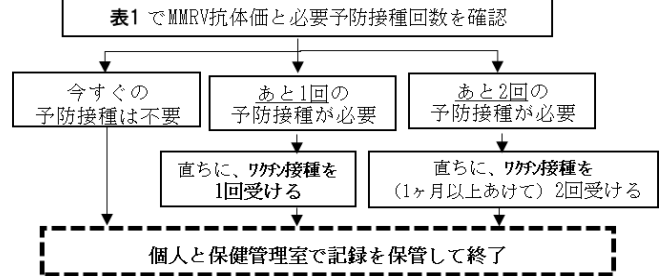
兵庫医科大学 保健管理センター
場所 10号館4階
E-mail hoke-kan@hyo-med.ac.jp
TEL 0798-45-6544

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

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 診療現場での業務がない教員	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 <small>看護師、病院事務部の職員を含む</small>	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の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。

医療機関証明時使用

※この書類は、免疫獲得したことがわかる根拠資料がない等の事情により、医療機関等に証明を依頼する場合に使用して下さい（記載依頼した場合、文書料（自己負担）が発生する場合があります）

(氏名) _____ (生年月日) _____ 年 月 日

① 4種ウイルス【全員必須】 まずワクチン接種状況を確認し、必要に応じ抗体価検査結果等を記載して下さい。

項目	ワクチンの接種状況確認		検査日	検査法	測定値	(B) 測定値と必要接種回数 (※該当の値の□に✓)	左記(B)に基づきワクチンを必要回数接種のうえ、当該日付を記載(西暦)
	*接種回数 0 → (A) ^ *接種回数 2 以上 →直近 2 回分を下欄に記載し「②B型肝炎」へ *接種回数 1 →もう1回接種し、直近 2 回の実施日を記載し「②B型肝炎」へ						
麻疹	①	年 月 日	年 月 日	EIA		<input type="checkbox"/> 2.0 未満 (接種 2 回要) <input type="checkbox"/> 2.0~15.9 (接種 1 回要) <input type="checkbox"/> 16.0 以上 (接種不要)	① 年 月 日
	②	年 月 日	年 月 日				② 年 月 日
水痘	①	年 月 日	年 月 日	EIA		<input type="checkbox"/> 2.0 未満 (接種 2 回要) <input type="checkbox"/> 2.0~3.9 (接種 1 回要) <input type="checkbox"/> 4.0 以上 (接種不要)	① 年 月 日
	②	年 月 日	年 月 日	IAHA			② 年 月 日
流行性 耳下腺炎	①	年 月 日	年 月 日	EIA		<input type="checkbox"/> 2.0 未満 (接種 2 回要) <input type="checkbox"/> 2.0~3.9 (接種 1 回要) <input type="checkbox"/> 4.0 以上 (接種不要)	① 年 月 日
	②	年 月 日	年 月 日				② 年 月 日
風疹	①	年 月 日	年 月 日	EIA		<input type="checkbox"/> 2.0 未満 (接種 2 回要) <input type="checkbox"/> 2.0~7.9 (接種 1 回要) <input type="checkbox"/> 8.0 以上 (接種不要)	① 年 月 日
	②	年 月 日	年 月 日	HI			② 年 月 日

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	測定値とワクチン接種の要否	ワクチン接種日(西暦)	抗体価検査日 (西暦)	測定値及び検査方法
HBs 抗体	(ワクチン接種前) 年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA <input type="checkbox"/> CLEIA <input type="checkbox"/> 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	測定値 [] 検査法 <input type="checkbox"/> CLIA <input type="checkbox"/> CLEIA <input type="checkbox"/> 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(3回接種) ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	2 シリーズ 接種後に実施 年 月 日	測定値 [] 検査法 <input type="checkbox"/> CLIA <input type="checkbox"/> CLEIA <input type="checkbox"/> その他 ()

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
<input type="checkbox"/> QFT(クオンティ・フェロン) <input type="checkbox"/> T-SPOT(ティースポット)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 ● <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 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)