ワクチン接種歴・抗体価情報管理シート

**：**

**職種：**

４種感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）

1. 医療機関でEIA法による抗体検査を受けてください。
2. 抗体検査の結果及びワクチン接種歴を下の表に記入し、必要書類を添付のうえ提出ください。

【必要書類】抗体価情報を証するもの（抗体検査結果報告書等）、ワクチン接種歴を証するもの（ワクチン接種証明書、母子手帳の該当する部分の写し等）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４種  感染症 | 抗体検査の結果  ※医療機関で検査する際、EIA法による検査が可能かを必ず確認のこと。また、抗体価情報がわかる書類を添付のこと。 | | | ワクチン接種歴  ※それぞれ接種が証明できるもの（母子手帳の写し等）を添付のこと。 | |
| 【検査日】 | 【抗体価】 | 当てはまるものに☑ | 【接種日】 | 【添付書類】 |
| 麻疹  （はしか） | 年　　　月　　　日 | （EIA法）  IgG | □16.0以上（基準値）  □4.0未満 | ①　 　　年　　　月　　　日 | □母子手帳の写し  □その他（　　　 　　　　　　） |
| ②　 　　年　　　月　　　日 |
| 風疹 | 年　　　月　　　日 | （EIA法）  IgG | □8.0以上（基準値）  □4.0未満 | ①　 　　年　　　月　　　日 | □母子手帳の写し  □その他（　　　　　　 　　　） |
| ②　 　　年　　　月　　　日 |
| ムンプス  （おたふくかぜ） | 年　　　月　　　日 | （EIA法）  IgG | □4.0以上（基準値）  □4.0未満 | ①　 　　年　　　月　　　日 | □母子手帳の写し  □その他（　　　　　　　 　　） |
| ②　 　　年　　　月　　　日 |
| 水痘  （みずぼうそう） | 年　　　月　　　日 | （EIA法）  IgG | □4.0以上（基準値）  □4.0未満 | ①　 　　年　　　月　　　日 | □母子手帳の写し  □その他（　　　　　　　 　　） |
| ②　 　　年　　　月　　　日 |

お願い

４種感染症及びＢ型肝炎については、「抗体検査結果の把握」及び「就業（実習）前にワクチン接種を終了していることが最善」とされています。（日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」より）

院内の感染防止対策のため、何卒ご協力をお願いいたします。

Ｂ型肝炎

1. ワクチン接種後、医療機関でＣＬＩＡ法による抗体検査を受けてください。※未接種の場合はワクチン接種（１クール・３回）を推奨します。
2. 抗体検査の結果及びワクチン接種歴を下の表に記入し、必要書類を添付のうえ提出ください。

【必要書類】抗体価情報を証するもの（抗体検査結果報告書等）、ワクチン接種歴を証するもの（ワクチン接種証明書、母子手帳の該当する部分の写し等）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B型肝炎 | ワクチン未接種の場合 | B型肝炎ワクチン接種歴  ※それぞれ接種が証明できるもの（母子手帳の写し等）を添付のこと | | | 【接種後の抗体価情報】 |
| ※3回目のワクチン接種終了見込を下に記入し、提出ください。接種後に抗体検査を受け、抗体価情報がわかり次第、改めてお知らせください。  【終了見込】　　　　　年　　　　　月頃 |
| 第１回 | 第２回 | 第３回 | 【検査日】　　 年　　　 月　　　 日 |
| 年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 | 【結　果】HBs抗体(CLIA法) |
| 【添付書類】□母子手帳の写し　□その他（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） | | | mlU/mL |

□10.0以上（基準値）