

ワクチン接種の証明書提出についてのお願い

当院では、業務を行う全ての職員に対してMMRV（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）のワクチン接種を徹底することとしています。そのため、新規採用予定の皆様にもMMRVに対するワクチン接種の採用前実施について協力をお願いしています。

原則、**業務開始日**には、患者と接する全職員は必要な免疫獲得状態にしておくことが重要です。当院のホームページに掲載している通り、必要な書類を人事・秘書課へ提出してください。確認できない場合は、こちらから連絡をさせていただきます。

B型肝炎は入職後必要に応じて対応します。

【必要書類】

- ワクチン接種証明書の写し
- 必要な方は、抗体検査の写し（ワクチン接種確認表参照）
- B型肝炎ワクチン接種希望確認書

お問い合わせ先

小豆島中央病院企業団 小豆島中央病院

書類について 人事秘書課

ワクチンについて 感染対策室

TEL：087975-1121

FAX：0879-75-1131

ワクチン接種確認表

「医療従事者のためのワクチンガイドライン MMRV 対応フローチャート」2023

以下の表でご自分のワクチン接種歴をご確認下さい。

母子手帳やこれまで受けた予防接種の証明から、受けた接種日を記入し、回数を確認してください。
疾患ごとに A・B・C・D・E のどれかを口に記載してください。

接種歴

<p>①麻疹 (はしか) 予防接種の記録</p> <p>① 年 月 日 ② 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>②風疹 (三日はしか) 予防接種の記録</p> <p>① 年 月 日 ② 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>③水痘 (水ぼうそう) 予防接種の記録</p> <p>① 年 月 日 ② 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>④流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 予防接種の記録</p> <p>① 年 月 日 ② 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	---	---	---

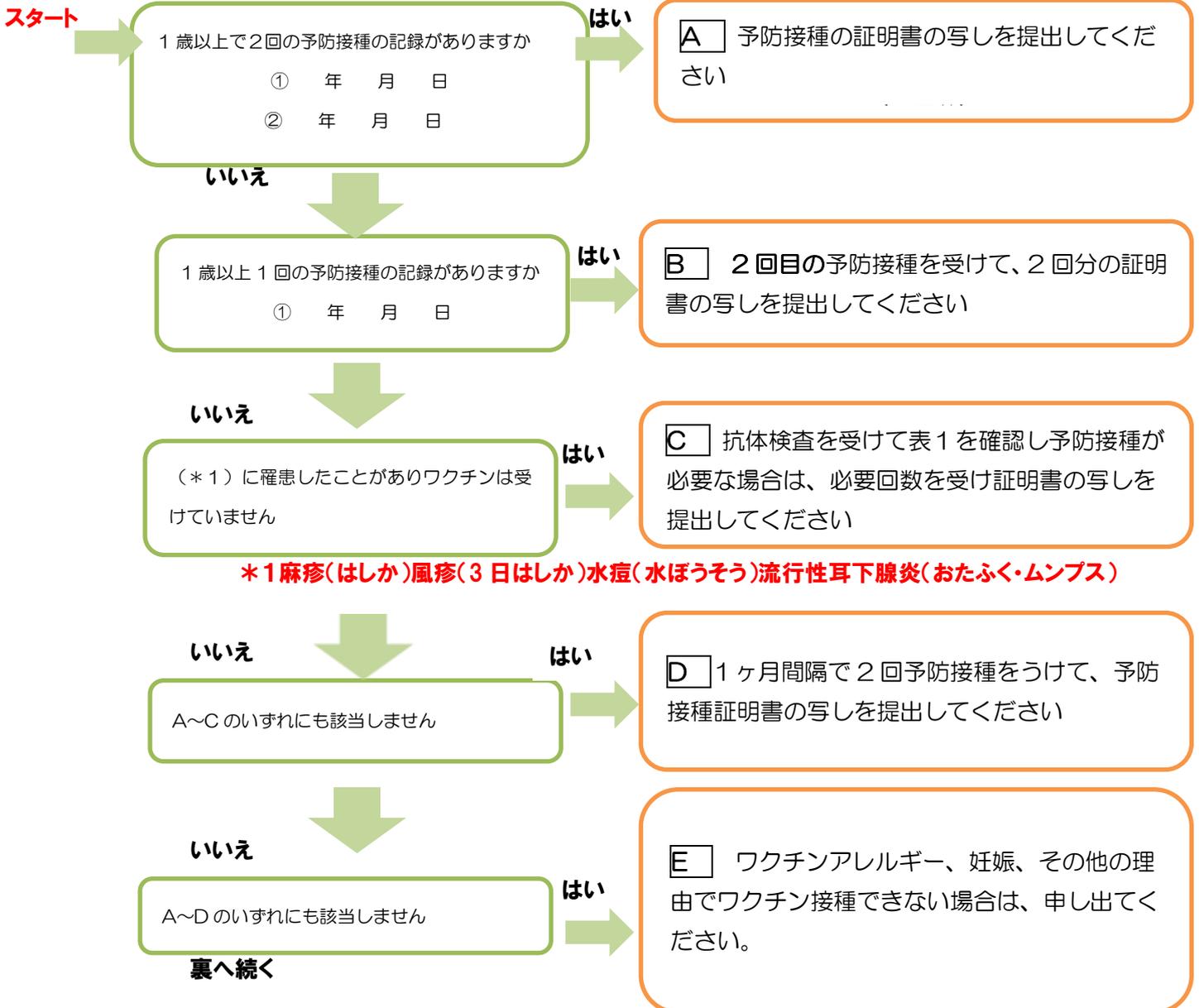
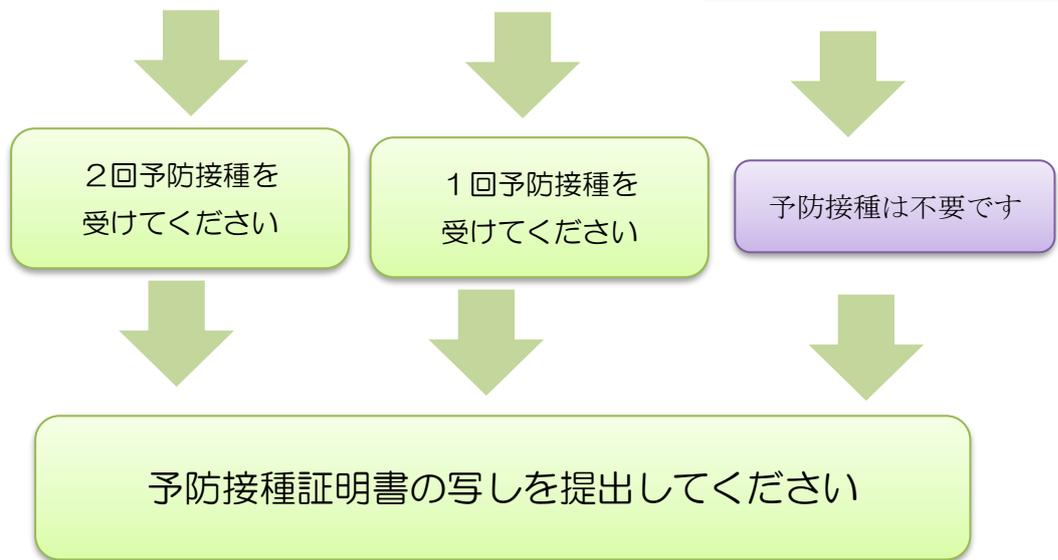


表1 日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版 一部抜粋

疾患名	検査方法	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
麻疹	EIA 法	2.0 未満	2.0~15.9 未満	16.0 以上
風疹	EIA 法	2.0 未満	2.0~7.9 未満	8.0 以上
水痘	EIA 法	2.0 未満	2.0~3.9 未満	4.0 以上
流行性耳下腺炎	EIA 法	2.0 未満	2.0~3.9 未満	4.0 以上



お問い合わせ先
 小豆島中央病院企業団 小豆島中央病院
 書類について 人事秘書課
 ワクチンについて 感染対策室
 TEL : 087975-1121

免疫に関する証明書(Immunization Record)

部署/職種	氏名(フリガナ)

【麻疹, 流行性耳下腺炎, 風疹, 水痘: MMRV】各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択して記載してください。

(1) 予防接種歴 2 回

接種日(西暦)	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	水痘
接種日①	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種日②	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(2) 抗体検査と結果に応じた予防接種歴 ※(1)で 2 回分のワクチン接種が記載できた疾患については(2)は記載不要

項目	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	水痘
検査日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査法(○をつける)	IgG (EIA法)・中和法 (NT法)	IgG(EIA 法)	IgG (EIA 法)・HI 法	IgG (EIA 法)・IAHA 法
測定値				
結果(○をつける)	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・強陽性
検査後接種①(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査後接種②(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

【B 型肝炎】診療や手術, 検査や研究(血液や体液に触れる侵襲的処置, 採血, 検体取り扱い)など, 血液曝露の恐れがある臨床業務に従事していますか? (従事予定の方も含む)

はい →下記(1)・(2)へ いいえ →下記のB型肝炎に関する記載は不要です。

(1) 基礎接種 3 回

項目	基礎接種①	基礎接種②	基礎接種③	不明な場合
接種日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年頃

(2) HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上になったときの検査日・検査法・測定値を記載してください。

検査日(西暦)	検査法(○をつける)	測定値
年 月 日	CLEIA 法・CLIA 法	mIU/ml

(注) HBs 抗体価が 10mIU/ml 未満の場合, B 型肝炎に対する免疫が不十分な可能性があります。B 型肝炎ワクチン追加接種について医師と相談し, 対応した上で本書類を提出してください。なお, ワクチン追加接種を行っても HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上にならない方(ワクチン不応者), 妊娠中やアレルギー等で予防接種が受けられない方についてはその旨を備考欄に記載して提出してください。

備考:

上記の通り, 相違ないことを証明する。

(西暦) 年 月 日 医療機関名, 住所
医師名

※ 第三者による証明が必要なため, 医師の資格を持っていても自分で自分の証明書を記載することは認められません。

B型肝炎ウイルス抗体検査およびワクチン接種について

重要必ずご一読ください

B型肝炎ウイルス抗体検査やワクチン接種は、感染予防のため非常に重要です。検査や接種にはデメリット（予防接種予診票参照）もあります。検査や必要性をよく理解し、スケジュールや接種回数を守って受けてください。当院では、B型肝炎ウイルス抗体検査の検査結果に基づきワクチン接種を病院負担で実施しています。

抗体価 100.0mIU/ml 以上の場合

ワクチン接種は不要です。

抗体価 10.00mIU/ml 以上 100.0mIU/ml 未満の場合

ワクチン接種は不要です。陰性になる可能性もありますので、来年も抗体検査を受けることをおすすめします。

抗体価 10.00mIU/ml 未満の場合

◆過去に0・1・6ヶ月の計3回（以下1シリーズ）のワクチン接種を受け、1度陽性となっていた場合：

1回のワクチン追加接種を受けてください。

翌月に抗体検査を受けて抗体価を確認してください。

◆過去にワクチン接種を受けてない場合や接種歴が不明な場合：

1シリーズのワクチン接種を受けてください。

翌月に抗体検査を受けて抗体価を確認してください。

* 1シリーズを規定通り受けても、翌月の抗体検査で抗体価が 10.00mIU/ml 未満の場合、再度3回のワクチン接種を行います。（2シリーズ目）

2シリーズ目を受けても翌月の抗体検査で抗体価が 10.00mIU/ml 未満の場合は、抗体が見つからない体質と考えられるため、それ以上のワクチン接種や抗体検査は不要です。

B 型肝炎ウイルスワクチン接種希望確認書

B 型肝炎ウイルスワクチン接種について

ワクチンは3回接種（初回、1か月後、初回から6か月後）します。

3回目の接種から1ヶ月後に抗体検査の採血をします。抗体が獲得できていれば終了。

抗体が獲得できていなければ、ワクチンをもう1クール（3回）接種します。

ワクチンを接種した後の副反応については問診票を参照して下さい。

<令和 年度 抗体検査 日程> 場所：健診室
年 月 日 午前中 採血
年 月 日 午前中 HBV ワクチン接種1回目 （問診票を持参）

私はB型肝炎ウイルスワクチンの接種を受けたことが () ある
() なし

抗体検査の結果に基づき必要回数のB型肝炎ウイルスワクチン接種を () 希望します
() 希望しません

差し支えなければ理由をお聞かせください。

[]

R 年 月 日

氏名 _____