岡山済生会総合病院・岡山済生会外来センター病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023.6.1改定

**ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査証明書**

氏名〔　　　　　　　　　　　　　　〕　職種〔　　　　　　　　　　　　〕　養成機関名・医療機関名 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

１．麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえでワクチン接種日、検査日、検査結果などを記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | ワクチン接種日 | 抗体価検査 | | | | | | 抗体価**検査後**の接種日 |
| 検査日 | 検査方法 | 検査結果 | 判定 | | |
| 接種歴２回あり  → 十分な免疫を獲得したと判断し、３回目の接種は求めない | 接種歴１回以下  → 接種歴が２回以上は検査の必要なし | 陰性 | 陽性 | | 必要な追加対応（左記）に従い、検査後の接種日を記載すること |
| 基準値未満 | 基準値以上 |
| 必要な追加対応（３回以上の接種は不要） | | |
| 合計２回に  なるよう接種 | 検査後に  １回接種 | 対応不要 |
| 麻疹 | □接種なし  (西暦）　 　年　 　月 　日  (西暦)　　 　年　　 月　　 日 | □検査なし  (西暦） 　 年 　月 　日 | □EIA法 |  | □２未満 | □２~15.9 | □16以上 | □接種なし  (西暦）　 　　 年　　 　月 　　 日  (西暦)　　　　 年　　　 月　　　 日 |
| □PA法 |  | □16未満 | □16~128 | □256以上 |
| □NT(中和法) |  | □４未満 | □4 | □8以上 |
| 風疹 | □接種なし  (西暦）　 　 年　　 月 　 日  (西暦)　　 　年　　 月　　 日 | □検査なし  (西暦）　 年 　 月　 日 | □EIA法 |  | □２未満 | □2~7.9 | □8以上 | □接種なし  (西暦）　 　　 年　　　 月 　　 日  (西暦)　　　　 年　　　 月　　　 日 |
| □HI法 |  | □8未満 | □8~16 | □32以上 |
| 水痘 | □接種なし  (西暦）　 　 年　　 月 　 日  (西暦)　　　 年　　 月　　 日 | □検査なし  (西暦） 　 年 　 月 　 日 | □EIA法 |  | □２未満 | □2~3.9 | □4以上 | □接種なし  (西暦）　 　　 年　　　 月 　　 日  (西暦)　　　　 年　　　 月　　　 日 |
| □IAHA法 |  | □２未満 | □2 | □4以上 |
| □NT(中和法) |  | □２未満 | □2 | □4以上 |
| 流行性耳下腺炎 | □接種なし  (西暦）　 　年　　 月 　 日  (西暦)　　　 年　　 月　　 日 | □検査なし  (西暦）　 年 　 月 　 日 | □EIA法 |  | □２未満 | □2~3.9 | □4以上 | □接種なし  (西暦）　 　　 年　　　 月 　　 日  (西暦)　　　　 年　　　 月　　　 日 |

２．B型肝炎

１シリーズ接種後に基準値未満(0~9.9mlU/ml)の場合は、もう１シリーズ接種しワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １シリーズ目ワクチン接種日 | | 抗体価検査 | | | 判定 | | ２シリーズ目ワクチン接種日 | |
| 検査日 | 検査方法 | 結果 | 基準値未満 | 基準値以上 |
| 検査後に  １シリーズ接種 | 対応不要 |
| B型肝炎 | １回目 | (西暦）  　 年　　 月 　 日 | (西暦）  　 年　 月 日 | □EIA法 |  | □0~9.9 | □10以上 | １回目 | (西暦）  　 年　 　月 　日 |
| ２回目 | (西暦）  　 年　　 月 　 日 | □CLIA法 |  | □0~9.9 | □10以上 | ２回目 | (西暦）  　 年　 　月 　 日 |
| ３回目 | (西暦）  　 年　　 月 　 日 | □RIA法 |  | □0~9.9 | □10以上 | ３回目 | (西暦）  　 年　　 月 　 日 |

3．結核

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月日） | 検査結果（１つに○） | 基準 |
| 胸部レントゲン※１ | (西暦)　　 　　 年　 　 月　　 日 | 異常の有無：有・無 | 異常無 |
| QFT / T-SPOT※2  （いずれかに○） | (西暦)　　 　　 年　 　 月　 　 日 | 陰性・　判定保留  陽性・判定不可 | 陰性 |

※1：１年以内の撮影とする。海外からの研修生、既労働者は3カ月以内。

※2：新採用者、海外からの研修生、既労働者は検査必須。実習生・研修生は検査可能であれば実施する。

４．インフルエンザ（10月〜３月までの間に実習・研修等に従事する場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 今シーズンのインフルエンザ予防接種 | 未接種　・　接種済　（　接種日：　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　） |

５．新型コロナウイルスワクチン

|  |  |
| --- | --- |
| 新型コロナウイルスワクチン | 未接種　　接種済  (最終接種日：　　　　年　　　　月　　　　日) |

上記の者について抗体価検査等について確認しました。

　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

所属長／医師名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

養成機関名／医療機関名　：