

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		
					陰性	陽性	
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				必要な追加対応（3回以上の接種は不要）	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	
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	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法 <input type="checkbox"/> PA 法 <input type="checkbox"/> NT(中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9	<input type="checkbox"/> 16以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日
				<input type="checkbox"/> 16未満	<input type="checkbox"/> 16~128	<input type="checkbox"/> 256以上	
				<input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8以上	
風疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法 <input type="checkbox"/> HI 法		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9	<input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日
				<input type="checkbox"/> 8未満	<input type="checkbox"/> 8~16	<input type="checkbox"/> 32以上	
水痘	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法 <input type="checkbox"/> IAHA 法 <input type="checkbox"/> NT(中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日
				<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上	
				<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上	
流行性 耳下腺 炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (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	<input type="checkbox"/> EIA 法	<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input type="checkbox"/> 10以上	1回目	(西暦) 年 月 日	
	2回目	(西暦) 年 月 日		<input type="checkbox"/> CLIA 法	<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input type="checkbox"/> 10以上	2回目	(西暦) 年 月 日	
	3回目	(西暦) 年 月 日		<input type="checkbox"/> RIA 法	<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input type="checkbox"/> 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： _____