

採用予定者 各位

保 健 セ ン タ ー
感 染 制 御 部

「ワクチン接種・抗体価証明書」等の提出について

杏林大学医学部付属病院への就業にあたり、感染対策の観点から以下のウイルスに対する抗体保有状況とワクチン接種歴に関する下記証明書等の提出を義務付けています。ご協力よろしくお願い致します。

記

【提出書類】

- 1 「採用時の「ワクチン接種・抗体価証明書」記載内容の確認書」
内容をご確認いただき、各項目にチェックのうえ裏面に署名をしてください。
- 2 「ワクチン接種・抗体価証明書」
必ず医療機関または教育機関で発行してもらってください。本人による記入では受領できません。
この証明書はコピーし、ご自身でも保管してください。

提出方法：採用時提出書類とあわせてご提出ください。

但し、講義のみ等、付属病院内での診療行為に携わらない場合は提出不要です。

【問合せ先】

学校法人杏林学園 保健センター

電話：0422-47-5512（内線）23227・23230

採用時の「ワクチン接種・抗体価証明書」記載内容の確認書

杏林大学医学部付属病院

杏林大学医学部付属病院では、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」を基に
当院で作成した規定※に則り、勤務を開始する事を原則としています。

規定に沿わずに就業し、水痘・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎のウイルスに曝露した場合には、就業制限
を設けています。 ※医療従事者は抗体価が基準値以上、もしくは1歳以上で2回以上のワクチン接種を受けている

下記の1)から3)の内容を確認し、() 内にチェックを入れ署名をしてください。

1) 免疫を獲得していない場合の就業制限 (最大日数)

() 下記を理解しました

水痘(播種性帯状疱疹)	麻疹	風疹	流行性耳下腺炎
最終曝露から 21 日間	最終曝露から 21 日間	最終曝露から 21 日間	最終曝露から 28 日間

【杏林大学医学部付属病院 院内感染防止マニュアルⅢ6 水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎より抜粋】

2) 水痘・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎

() 下記を理解しました

抗体価とワクチン接種歴	対応
基準値以上または2回接種済み	ワクチン接種は不要
基準値未満で接種歴なし	原則、「2回」ワクチンを接種
基準値未満で1回接種済み	原則、追加で「1回」ワクチンを接種
抗体価不明で接種歴なし	原則、「2回」ワクチンを接種
抗体価不明で1回接種済み	原則、追加で「1回」ワクチンを接種

3) B型肝炎(HB) ワクチン

() 下記を理解しました

抗体価とワクチン接種歴	対応
10mIU/mL 以上	追加ワクチン接種不要
10mIU/mL 未満 接種歴なし	「1クール(3回)」ワクチンを接種する
10mIU/mL 未満 接種歴あり	個別対応 保健センターへ連絡

*1 過去に1回でも10mIU/mL以上抗体保有した場合は、抗体有として対応。

*2 既感染者の抗体価測定・ワクチンは不要。

*3 2クール接種しても抗体価陽性化が見られなかった場合は、追加接種は不要。

(裏面あり)

上記 1)、2)、3)を理解し 1)に該当する場合は、就業制限になる事を理解しました。

西暦 年 月 日

自署 _____

ご提出いただいた「ワクチン接種・抗体価証明書」について
保健センターよりお問い合わせをする場合がございます。
ご連絡先のご記入をお願い致します。

電話 _____

e-mail _____

【問い合わせ先】 学校法人杏林学園 保健センター TEL 0422-47-5511 内線 23227

ワクチン接種・抗体価証明書

氏 名 _____

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

職 種 ※ 該当する職種に○をしてください。

医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士・視能訓練士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士・その他 ()

1) 4 種 ワクチン接種が 2 回未満の場合は、☐ 二重線枠内を記載すること。

保健センター記載

感染症	ワクチン接種年月 (西暦)	抗体検査結果 (ワクチン 2 回未満は記載)		要件 適否
		表示した検査法に該当しない 場合は () に記入	判定: EIA 法	
麻疹	1. _____ 年 _____ 月	検査法: EIA・() 数値: << _____ >>	☐ ①IgG 16.0 以上 ☐ ②IgG 16.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. _____ 年 _____ 月	検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
風疹	1. _____ 年 _____ 月	検査法: EIA・() 数値: << _____ >>	☐ ①IgG 8.0 以上 ☐ ②IgG 8.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. _____ 年 _____ 月	検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
流行性 耳下腺炎	1. _____ 年 _____ 月	検査法: EIA・() 数値: << _____ >>	☐ ①IgG 4.0 以上 ☐ ②IgG 4.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. _____ 年 _____ 月	検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
水痘	1. _____ 年 _____ 月	検査法: EIA・() 数値: << _____ >>	☐ ①IgG 4.0 以上 ☐ ②IgG 4.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. _____ 年 _____ 月	検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日		

2) B 型肝炎 抗体価が基準値未満の場合は、☐ 二重線枠内を記載すること。

保健センター記載

感染症	抗体検査結果など		ワクチン接種年月 (西暦)	要件 適否
	表示した検査法に該当しない 場合は () に記入	判定: CLIA		
B 型肝炎 (HB)	検査法: CLIA・() 数値: << _____ >> 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	☐ ①10mIU/mL 以上 ☐ ②10mIU/mL 未満 ☐ ③不明	1. _____ 年 _____ 月 _____ 年 _____ 月 _____ 年 _____ 月	適 不適
			2. 2 クール以上接種の場合	
			最終: _____ 年 _____ 月	
	☐ 既感染 (抗体価測定・ワクチン接種不要)			

*抗体検査結果が 10mIU/mL 未満の場合は、ワクチンを 1 クール接種すること
(過去に 1 回でも 10mIU/mL 以上抗体保有した場合は、抗体有として対応)。

上記の記載内容に間違いがないことを証明します。

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名または教育機関名 _____

証明者名 _____ (印)