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。

3　「麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B 型肝炎の「ワクチン接種・抗体価証明書」の提出省略について」
杏林大学医学部または保健学部の卒業生が対象となります。
同意書の提出をもって「2「ワクチン接種・抗体価証明書」」の提出を省略することができます。

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、下記の①または②に該当する場合、提出は不要です。
①講義のみ等、付属病院内での診療行為に携わらない場合。
②既に本学付属病院に医師（専修医等）として勤務しており、既に証明書を提出済みの場合。

【問合せ先】
学校法人杏林学園　保健センター
電話:0422-47-5511(代)　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　※ 3)については、管理栄養士・保健学部教員は対象外

（　）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いたします。

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

フリガナ

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　（西暦）　　年　　月　　日

職　　種　※　該当する職種に〇をしてください。

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、▭ 二重線枠内を記入してください。

※母子手帳の情報も書いてください。

保健センター記載

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

2）B型肝炎　抗体価が基準値未満の場合は、▭ 二重線枠内を記入してください。

※管理栄養士・保健学部教員は記入不要　保健センター記載

感染症	抗体検査結果など 表示した検査法に該当しない場合は（　）に記入	抗体検査結果など 判定：CLIA	ワクチン接種年月日（西暦） 2クール以上接種している場合には、直近2クールの情報を記入してください。	要件適否
B型肝炎（HBs抗体価）	検査法：CLIA・（　）	□ ①10mIU/mL以上	1.　年　月　日	適
	数値：≪　≫＊	□ ②10mIU/mL未満	年　月　日	不適
	検査日：　年　月　日	□ ③不明	年　月　日	
	□ 既感染（抗体価測定・ワクチン接種不要）		2.　年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	

＊ワクチン接種後の抗体価を記入してください。

（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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（2026.9.9 作成）

ワクチン接種・抗体価証明書（記入例）

フリガナ　キョウリン　ハナコ

氏　名　杏林　花子

生年月日　（西暦）　2005 年　4 月　1 日

職　種　※　該当する職種に〇をしてください。

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、▭ 二重線枠内を記入してください。
※母子手帳の情報も書いてください。

保健センター記載

感染症	ワクチン接種年月日（西暦）	抗体検査結果（ワクチン接種 2 回未満は必ず記入） 表示した検査法に該当しない場合は（　）に記入	抗体検査結果（ワクチン接種 2 回未満は必ず記入） 判定：EIA 法	要件適否
麻疹	1. 2007 年 5 月 1 日 2. 2011 年 10 月 8 日	検査法：EIA・（　　） 数値：≪ 7.5 ≫ 検査日：2026 年 12 月 5 日	☐ ①IgG 16.0 以上 ☑ ②IgG 16.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
風疹	1. 2007 年 6 月 12 日 2. 2011 年 10 月 8 日	検査法：EIA・（ HI ） 数値：≪ 16 倍 ≫ 検査日：2026 年 12 月 5 日	☐ ①IgG 8.0 以上 ☐ ②IgG 8.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
水痘	1. 年 月 日 2. 年 月 日	検査法：EIA・（　　） 数値：≪ 15.4 ≫ 検査日：2026 年 12 月 5 日	☑ ①IgG 4.0 以上 ☐ ②IgG 4.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
流行性耳下腺炎	1. 2008 年 8 月 1 日 2. 年 月 日	検査法：EIA・（　　） 数値：≪ ≫ 検査日：年 月 日	☐ ①IgG 4.0 以上 ☐ ②IgG 4.0 未満 ☑ ③不明	適 不適

2）B 型肝炎　抗体価が基準値未満の場合は、▭ 二重線枠内を記入してください。
※管理栄養士・保健学部教員は記入不要　保健センター記載

感染症	抗体検査結果など 表示した検査法に該当しない場合は（　）に記入	抗体検査結果など 判定：CLIA	ワクチン接種年月日（西暦） 2 クール以上接種している場合には、直近 2 クールの情報を記入してください。	要件適否
B 型肝炎 （HBs 抗体価）	検査法：CLIA・（　　） 数値：≪ 359.5 ≫＊ 検査日：2024 年 12 月 9 日 ☐ 既感染（抗体価測定・ワクチン接種不要）	☑ ①10mIu/mL 以上 ☐ ②10mIu/mL 未満 ☐ ③不明	1. 2024 年 6 月 3 日 2024 年 7 月 2 日 2024 年 11 月 4 日 2. 年 月 日 年 月 日 年 月 日	適 不適

＊ワクチン接種後の抗体価を記入してください。
（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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（2026. 9. 9 作成）

採用予定者　各位

保健センター
感染制御部

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・Ｂ型肝炎の「抗体価・ワクチン接種証明書」の提出省略について

杏林大学出身の新規入職者は、これらのウイルスに対する免疫を獲得すべく抗体検査や予防接種を行っています。杏林大学が保管しているこれらのデータを転用することで上記証明書を省略することが可能です。転用を希望する方は下記の同意書に記入の上、この用紙をご提出ください。

記

同　意　書

年　　月　　日

保健センター長　殿

私は杏林大学が保管している以下のデータの転用について同意いたします。

・ 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・Ｂ型肝炎の抗体価に関するデータ

・ 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・Ｂ型肝炎の接種歴に関するデータ

以　上

学籍番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞