

流行性ウイルス疾患 抗体検査 確認表

(麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎)

職員番号： _____ (旧職員番号 _____)

所属部署： _____

氏 名：		生年月日： 年 月 日		記入日： 年 月 日	
ウイルス性疾患	麻疹 (はしか)	水痘 (みずぼうそう)	風疹 (みっかはしか)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
① 既往歴	有・無・不明	有・無・不明	有・無・不明	有・無・不明	
② ワクチン接種 (月日まで記入)	未・1回・2回	未・1回・2回	未・1回・2回	未・1回・2回	
	接種日 年 月 日	接種日 年 月 日	接種日 年 月 日	接種日 年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
ワクチン接種を証明できる書類コピーの添付がない場合は無効となります					
③ 抗体検査結果 ※EIA 法 (IgG)	抗体価数値：	抗体価数値：	抗体価数値：	抗体価数値：	
	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
EIA 法抗体検査結果コピーの添付がない場合は無効となり、当院での抗体検査対象となります					

抗体検査の有無について、○で選択し必ずご回答お願いいたします。

- 1.希望する ⇒ 自費検査を申込みます(ご署名 _____ 内線番号 _____)
- 2.希望しない (検査結果コピー添付あり)
- 3.希望しない (他院で検査し検査結果コピーを 月 日までに提出します)

既往歴・ワクチン接種歴・抗体検査結果 記載方法

- ① 【既往歴】雇ったことがある場合は“有”に○を、記憶にないあるいは雇ったことがない場合は“無”に○をつけて下さい。
- ② 【ワクチン接種歴】ワクチン接種を証明できる書類を添付してください。3 回以上ある場合は余白に記入して下さい。
- ③ 【抗体検査結果】当センターでは麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎の抗体検査 (EIA 法 IgG) を受けていただいております。過去に EIA 法で検査を受けられた方は、検査結果(数値記載)を必ず添付してください。抗体検査 (EIA 法) を受けたことがない・数値がわからない方は、入職後に検査(自費)を受けていただきます。

《参考》検査費用(4 項目)：他医療機関…20,000 円程度

当院実施…3,000 円程度(給与引落し予定)年数回実施しており、申込者には実施時にご連絡いたします。

院内感染管理者(内線 7966) 感染制御室(内線 5617)

当センターにおけるワクチン接種基準について

当センターでは院内感染対策の一環として、日本環境感染学会のワクチンガイドラインの判断基準を用いて、以下の基準に満たない場合はワクチン接種を強く推奨しております。入職後にワクチン接種が必要な方は、当センターでお受けいただけます(自費)。

対象ウイルス疾患	基準値(EIA 法IgG)
麻疹	16.0
水痘	4.0
風疹	8.0
ムンプス	4.0