



抗体調査表：入職者用（職種 A）

職種： _____

氏名： _____

入職予定日：西暦 年 月 日

○説明文

1. 記入上の注意事項と提出書類について

- ・4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について、後述の「1. 接種に際してのフローチャート」を確認した上で、自身のワクチン接種歴・抗体価結果を記入し、各証明書類を添付する。**母子健康手帳（コピー）は必ず提出すること。**
- ・B型肝炎について、後述の「確認手順」を確認した上で、自身のワクチン接種歴・抗体価結果を記入し、各証明書類を添付する。
- ・新型コロナワクチンについて、自身のワクチン接種歴を記入し、証明書類を添付する。
- ・各証明書類について、下記内容を確認の上、提出すること。

	証明書の種類	注意事項
ワクチン接種歴	<ul style="list-style-type: none"> ・母子健康手帳（コピー）必須 ・医療機関、学校（施設）が発行する書類 	ワクチンの種類、接種日が明記されていること。
抗体価結果		抗体価の数値、検査方法、検査日が明記されていること。

- ・提出された書類は原則返却不可の為、必ずコピーを添付すること。

2. その他

- ・ワクチン接種は接種間隔を1ヵ月あけなければならないものもある為、十分な余裕をもって受けるようにすること。同時接種も可能な場合がある為、主治医に必ず相談すること。
- ・ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。また、抗体価検査を実施の上、抗体価証明書類を添付すること。

□4 種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）

1. 接種に際してのフローチャート ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より



2. 抗体価と必要予防接種回数 ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より

	あと2回の予防接種が必要 (ア)	あと1回の予防接種が必要 (イ)	今すぐの予防接種は不要 (ウ)
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満	HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔAは、ペーパーの吸光度値（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）
風疹HI法：なお、1:8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
A:アノカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA生研ルペラIgG）：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
B:シーメンスヘルスケアアイスクラフィックス（エンザイクスト）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
C:シスメックス・ビオメリュー株式会社（バイオアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
D:徳島製薬工業株式会社（ランピア ラテックス RUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
E:ベックマン・コールター株式会社（アクセス ルペラIgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
F:株式会社保健科学西日本（i-アッセイCL 風疹IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
G:バイオ・ラッド ラボラトリス株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
H:バイオ・ラッド ラボラトリス株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

<注意事項>

- ・1. 接種に際してのフローチャートを確認した上で、以下（記入表）内の【フローチャート】欄へA. ～E. のいずれに該当するかを項目ごとに明記し、必要に応じた各証明書類を提出すること。
- ・抗体価検査を実施する場合、2. 抗体価と必要予防接種回数に明記してある検査法で実施すること（所定外の検査は無効とする）。

（記入表）

項目		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎 (ムンプス・おたふく)
フローチャート (A. ～E. のいずれかを明記すること)		()	()	()	()
ワクチン 1回目	接種日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類 (該当するものに○)	・麻疹単独 ・MR ・MMR	・風疹単独 ・MR ・MMR	・水痘単独	・ムンプス単独 ・MMR
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()
ワクチン 2回目	接種日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類 (該当するものに○)	・麻疹単独 ・MR ・MMR	・風疹単独 ・MR ・MMR	・水痘単独	・ムンプス単独 ・MMR
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()
抗体価検査	検査日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検査法 (所定の検査法で実施すること)				
	検査値				
抗体価検査	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()
	備考欄				

□B 型肝炎

B型肝炎に関する入職前対応内容の確認手順について

- 1) → 2) → 3) → 4) → 5) の順に対応する。※但し 2) から対応開始でも可とする。
2. 既感染者 (HBs 抗体陽性)、HBV 感染者 (HBs 抗原陽性) は接種対象外となるため、その旨を 6) に記載する。

<注意事項>

- ・入職前での適正回数ワクチン接種後の必要抗体獲得 (対応完了) が当院の求める条件であるが、B型肝炎は1シリーズ (3回) の接種および、その後の抗体検査に期間が必要な為、入職までに可能な範囲で接種を実施してくることとする (その後のフォローは入職後に当院で実施する)。※入職後の対応は自費。
- ・入職後に当院でワクチン接種及び抗体価検査の対応が必要な者は、ワクチン接種の記録欄及び抗体測定日欄に「**入職後対応**」と朱記する。また、抗体調査表提出から入職までの期間に対応する者は、同様に「**入職前対応**」と朱記し、対応予定日をわかる範囲で記入すること。また「医療機関等の証明書」は入職後、(中央)感染管理室に提出する。

1) 接種開始前の抗体価検査結果 (必須ではない)

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日 (西暦)	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年 月 日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 ()
HBs 抗原		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年 月 日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 ()



2) 1シリーズ目接種の記録

※①チェック欄、②ワクチン接種の記録、③証明書類の情報源、すべてを記入すること。

※ワクチン接種の記録については詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。

回数	①チェック欄	②ワクチン接種の記録 (西暦)	③証明書類の情報源 (該当するものに○)
1回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	・その他 ()・証明書なし
2回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	・その他 ()・証明書なし
3回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	・その他 ()・証明書なし



3) 1シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3回目接種から1~2ヶ月後に測定すること。

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日 (西暦)	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年 月 日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 ()

→上記結果が、

10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し **対応終了**。

10mIU/ml 未満の場合、2シリーズ目接種を実施する。



4) 2シリーズ目接種の記録

※①チェック欄、②ワクチン接種の記録、③証明書類の情報源、すべてを記入すること。

※ワクチン接種の記録については詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。

回数	①チェック欄	②ワクチン接種の記録 (西暦)	③証明書類の情報源 (該当するものに○)
1回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	・その他 () ・証明書なし
2回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	・その他 () ・証明書なし
3回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	・その他 () ・証明書なし



5) 2シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3回目接種から1~2ヶ月後に測定すること。

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日 (西暦)	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年 月 日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 ()

→上記結果が、

10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し **対応終了**。

10mIU/ml 未満の場合、ワクチン不応者と判断し **対応終了**。

6) 備考

□新型コロナワクチン

・医学的な理由（アレルギーなど）で接種できない場合は、その旨を2)に明記する。

1) 接種歴

回数	接種日（西暦）	証明書類の情報源（該当するものに○）
1回目	年 月 日	接種記録書・接種証明書・医療機関証明書・その他（ ）
2回目	年 月 日	接種記録書・接種証明書・医療機関証明書・その他（ ）
3回目	年 月 日	接種記録書・接種証明書・医療機関証明書・その他（ ）

2) 備考

神戸市立医療センター中央市民病院

最終更新日：2021年10月