



抗体調査表：入職者用（職種 B）

職種： _____

氏名： _____ 入職予定日：西暦 年 月 日

- ・ 職種 Bの対象は正規、非正規（パート・アルバイト等）に関わらず、以下の通りである。

①ナースエイド、②ケアアシスタント、③一部の臨床検査技師〔週1回程度勤務のパート職員〕、
④事務職、⑤保育士、⑥救命士クラーク、⑦薬剤業務補助

○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、自身のワクチン接種歴・抗体価結果を記入し、各証明書を添付する。**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、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。
- ・ 記入に際して、わからない場合は「不明」と朱記する。

3. その他

- ・ ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。

□4 種ウイルス疾患【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（ムンプス・おたふく）】

項目		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎 (ムンプス・おたふく)
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				
	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

・抗体価結果とワクチン接種歴について実施記録がある場合は、以下1)～5)に記入して下さい。

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 ・その他 ()・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	
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 ・その他 ()・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	
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 ・その他 ()・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	



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