



記入日：西暦 年 月 日

抗体調査表：実習・研修生用

職種： _____ 氏名： _____ 学校名： _____

実習・研修期間：西暦 年 月 日 ~ 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

※ΔAIは、ペーパー吸光度の値（陰性の場合、国庫単位への要請は未実施）
 麻疹ELISA：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: デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EITAF生研ルベラ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: シーメンスヘルスクアティアクノスティックス（エンザイノストB麻疹/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。
 C: シスメックス・ビオメュー株式会社（バイオスアッセイキット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: 榎本製薬工業株式会社（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 ルベラ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（クアッセイCL 麻疹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 ラボトリアービス株式会社（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 ラボトリアービス株式会社（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				
	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

1) 対応内容の確認手順

- ・ 下記、注意事項を一読後、自身の現状から「B型肝炎対応確認表」の対応内容を確認し、実習・研修までにその対応内容を完了させる。

2) 注意事項

- ・ 1シリーズ3回（0、1、6ヶ月）ワクチン接種をし、1～2ヶ月後に「抗体検査」を行う必要があり、最長8ヶ月程度の期間が必要である。十分にスケジュールに留意し、ワクチン接種および抗体検査を完了させる。
- ・ 本来は基準値（10mIU/ml）以上の抗体価が必要であるが、接種に必要な期間を考慮し、「1シリーズ接種」と「その後の抗体検査」の完了を実習・研修前の条件とする。
- ・ 対応の中で何か不明な点（必要ワクチン回数など）があれば実習開始前に当院担当者への問合せること。

《B型肝炎対応確認表》

(1) 1シリーズ（3回）接種とその後の抗体検査結果が存在する場合。	
対応【A】	（表1）を完成させ、対応終了。
(2) 1シリーズ（3回）接種とその後の抗体検査が未完了な場合。	
対応【B】	1シリーズ（3回：0、1、6ヶ月）接種を完了させ、3回目接種から <u>1～2ヶ月後</u> にHBs抗体検査を実施する。（表1）を完成させ、対応終了。

（表1）

※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シリーズ目	1回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(年 月 日)
<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
1シリーズ接種後の検査結果		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日	証明書類の情報源 (該当するものに○) ※要提出
HBs抗体 (必須)		EIA法・CLIA法・ ・RIA法・CLEIA法	西暦 年 月 日	母子手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 () ・証明書なし

インフルエンザ

- ・ **12月～3月まで**のいずれかの時期に実習を行う場合は、季節性インフルエンザワクチンの接種を受ける。
- ・ インフルエンザ接種が証明できるもの（医療機関証明・学校証明等）を併せて提出する。
※流行状況によって上記以外の時期にもワクチン接種をお願いする場合がある。
- ・ 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

接種日（西暦）	証明書類の情報源（該当するものに○）※要提出
年 月 日	医療機関証明書・学校証明書・その他（ ）

2) 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