



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

- ・母子健康手帳のコピー（ワクチン接種歴の頁）は接種記録の有無に関わらず、必ず提出すること。
- ・4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）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。
- ・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。
- ・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

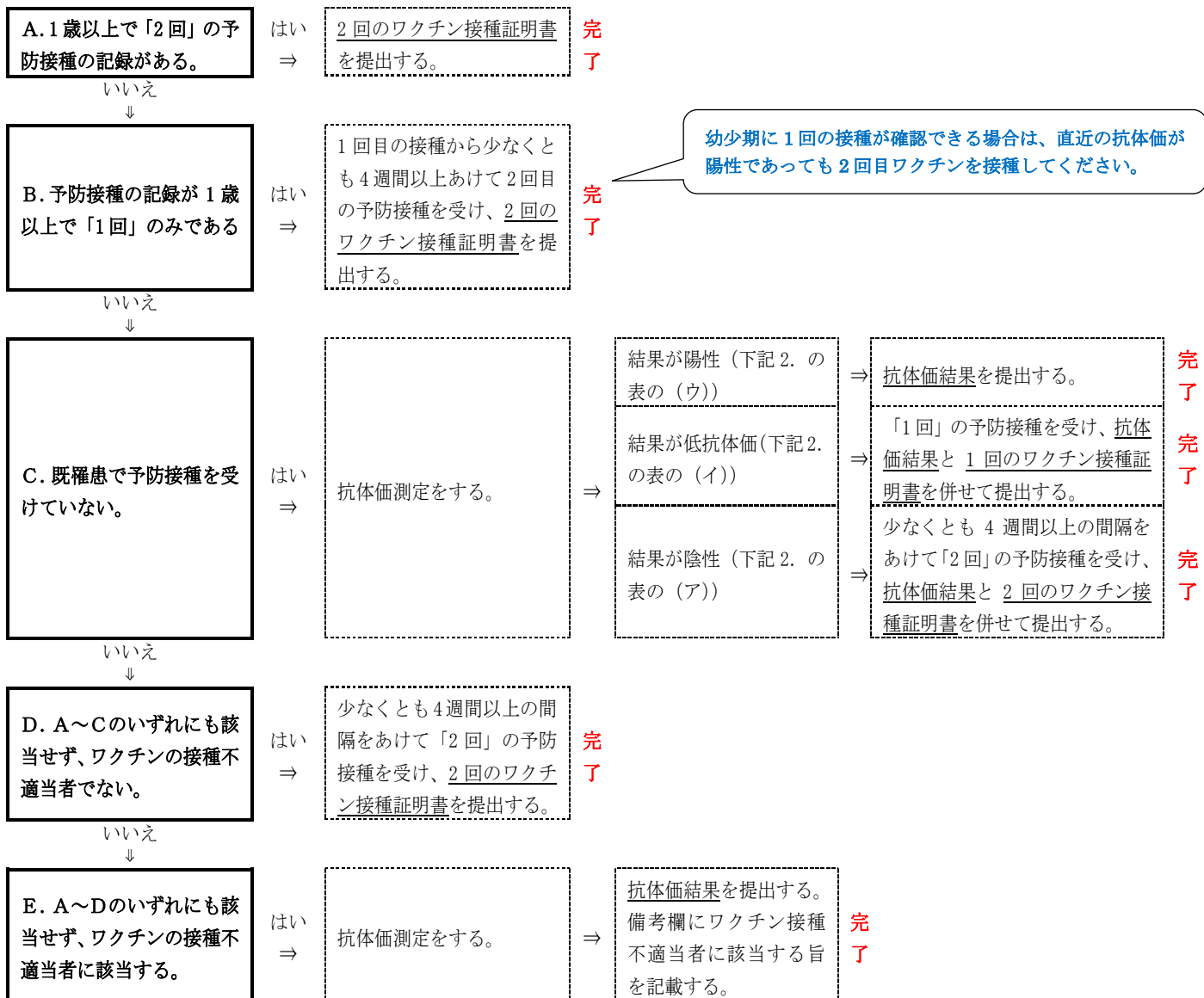
- ・ワクチン接種は接種間隔をあけなければならないものもある為、十分な余裕をもって受けるようにすること。
- ・ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。また、抗体価検査を実施の上、抗体価証明書類を添付すること。

□4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）

【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

※必ずA. からスタートしてください。

Start



【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

※AAは、ペア穴の吸光度の値（陰性の場合、国庫単位への要請は未実施）
麻疹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: 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: シーメックスヘルスケアアイクノスティックス（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: 煙草製薬工業株式会社（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（i-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: バイオラット ラボラトリーズ株式会社（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: バイオラット ラボラトリーズ株式会社（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・確認事項>

【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、【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**）。
- ・母子健康手帳（コピー）提出について、いずれかに☑を入れてください。

提出可 紛失等の理由により提出不可

（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。
- ・ワクチン接種及び抗体価検査に最長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。
- ・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。

※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。

1 シリーズ 目	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	()		
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