

**抗体調査表：入職者用**

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

- ・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。
- ・各証明書類について、下記内容を確認の上、提出する。

	証明書の種類	注意事項
ワクチン接種歴	・母子健康手帳（コピー）必須	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	・医療機関、学校（施設）が 発行する書類	

- ・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。
- ・職種ごとの対応は以下の通りである。

職種	対応
医師、歯科医師、看護師、助産師、准看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、心理判定員、診療放射線技師、薬剤師、臨床工学技士、救急救命士	・ワクチン接種歴、抗体価を抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。 ・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職までに自身で実施。
ナースエイド、院内保育士、事務職員、委託派遣職員、KMCP 協力法人	・ワクチン接種歴、抗体価がある場合はそれらを抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。 ・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職後実施。

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。
- ・ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。また、抗体価検査を実施し、抗体価証明書類を添付する。

3. 提出締切

入職日の 1ヶ月前まで

※当院での勤務決定が入職日より1ヶ月以内の場合は、勤務決定した段階でできるだけ早く提出する。

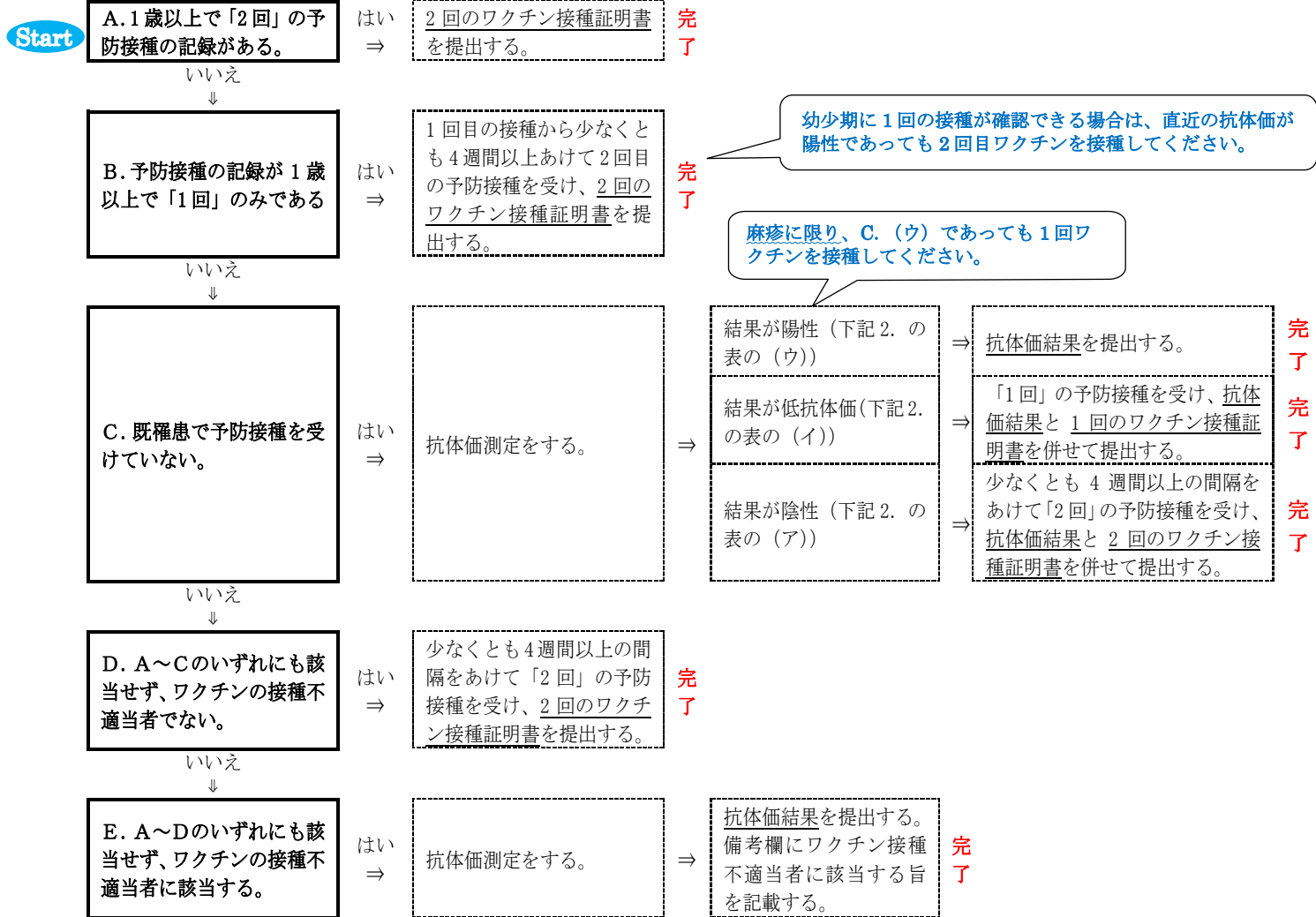
(厳しい場合は別途相談)

提出・問合せ先：〒650-0047 神戸市中央区港島南町 2-1-1
神戸市立医療センター中央市民病院 事務局総務課 感染担当
(代表) 078-302-4321

□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。



【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

	(ア)あと2回の予防接種が必要	(イ)あと1回の予防接種が必要	(ウ)今すぐの予防接種は不要
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 CLIA法 (I) 10IU/mL未満 LTI法 (J) 6IU/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 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満 LTI法 (J) 6以上35IU/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 CLIA法 (I) 25IU/mL以上 LTI法 (J) 35IU/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

※ Δ A は、ベア穴の吸光度の差（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：デンカ生研株式会社(ウイルス抗体 EIA「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：シーメンスヘルスケアダイアグノスティクス(エンザイグノスト B 風疹/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・ビオメリュー株式会社(バイダスアッセイキット RUBIgG)：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：極東製薬工業株式会社(ランピア ラテックス RUBELLA II)：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(アクセルルベラ 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 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・ラッド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。

I：アポットジャパン株式会社(Rubella-G アポット)：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。

J：極東製薬工業株式会社(ランピア ラテックス RUBELLA II)：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。

* 第 5 期定期接種は、2019 年～2025 年 3 月までの期間限定で、対象は昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性です。

<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) → 2) → 3) → 4) の順に対応する。1) 3) の接種の記録は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。また、詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。
- 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 5) に記載する。

1) 1 シリーズ目接種の記録

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	()	



2) 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 **終了**。 10mIU/ml 未満の場合、3) 2 シリーズ目接種を実施する。



3) 2 シリーズ目接種の記録

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	()	



4) 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 **終了**。 10mIU/ml 未満の場合、ワクチン不応者と判断し **終了**。

5) 備考