

ウイルス性疾患 抗体保有状況確認シート（職員用）

氏名 \_\_\_\_\_

当院では感染対策の目的として入職前に免疫保有状況の把握とワクチンによるウイルス抗体価獲得をお願いしております。下記のシートに結果を記入していただき本用紙と証明書（検査結果、ワクチン接種証明、母子健康手帳）の写しを併せて人事課へ出をお願いいたします。なお、この記録は職員の健康管理および感染症発生時の接触者調査に活用させていただきます。

1) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

項目	検査日	検査方法	測定値	基準	基準を満たすか (どちらかに○)	ワクチン接種日	罹患歴
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		$\geq 16.0$	満たす 満たさない	年 月 日	有
		NT		$\geq 8$		年 月 日	無
		PA		$\geq 256$			
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		$\geq 8.0$	満たす 満たさない	年 月 日	有
		HI		$\geq 32$		年 月 日	無
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		$\geq 4.0$	満たす 満たさない	年 月 日 年 月 日	有 無
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		$\geq 4.0$	満たす 満たさない	年 月 日 年 月 日	有 無

2) B型肝炎

検査日	検査方法	測定値	ワクチン接種日
年 月 日	EIA または CLIA		年 月 日 年 月 日 年 月 日

3) 備考欄

※注意事項

- ・指定した検査方法以外では判定できないため指定した方法で検査を受けて下さい。実施した検査方法の測定値に記入してください
- ・麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の4種について基準値を満たさない場合は2回のワクチン接種を受けて下さい。B型肝炎ワクチンは3回接種が必要であるため入職後に完了となる場合はその旨を記載してください。
- ・アレルギー等でワクチン接種を受けることができない場合は、その旨を記載してください。