

抗体・ワクチン接種等確認表

記入年月日	
所属施設名	
氏名	

1 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（おたふく風邪）

当法人では感染予防と健康確保の一環として、4種のウイルスについて、研修及び実習者(以下、「研修者等」という。)の方にはワクチン接種歴あるいは基準値以上の抗体保有状況の確認をさせていただいております。ワクチン接種歴が確認できない場合は抗体検査を受けて基準値以上の抗体価があることをご確認ください。抗体価が基準値に満たない場合は、ワクチンを最低1回は接種してください。※抗体価が陰性の場合は2回接種が望ましい

下表に結果を記入し提出してください。

〈注意事項〉

- 1) 抗体価の測定値記入にご協力ください。
- 2) 指定した検査方法以外では感染予防可能か判断できませんので、指定方法（EIA法）で検査をお願いします。
- 3) 開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、活動内容の一部または全部が制限される場合があります。
- 4) アレルギー等でワクチン接種を受けることが出来ない場合は、その旨を申し出てください。

項目	検査日	検査方法	測定値 (記入)	ワクチン接種基準		ワクチン接種日
				接種不要	最低1回接種	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		16以上	15.9未満	年 月 日
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		8.0以上	7.9未満	年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		4以上	3.9未満	年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		4以上	3.9未満	年 月 日

特記事項(アレルギーなど) :

2 B型肝炎およびC型肝炎

B型肝炎およびC型肝炎抗体陽性は必須ではありませんが、施設内・事業所内で血液、体液曝露を受ける可能性があり、できるだけ抗体陽性であることを推奨します。抗体検査、ワクチン接種済みの方は測定値記入にご協力ください。

B型肝炎	HBs抗体	測定日	年 月 日	測定値
	ワクチン接種	1回接種済	2回接種済	3回接種済 ※いずれかを○で囲んでください
C型肝炎	HCV抗体	測定日	年 月 日	測定値

※裏面あり

〔対象者用〕

3 インフルエンザ予防接種

インフルエンザの予防接種を受けてください。アレルギー等で接種ができない場合はその旨を記入してください。

ワクチン接種日	年	月	日	※直近の接種日をご記入ください
---------	---	---	---	-----------------

4 ワクチン接種を受けることができない、または接種途中の場合は理由をご記入ください

--

5 胸部レントゲン検査 ※測定結果の記入にご協力ください。

医療機関で6か月以内の胸部レントゲン写真で異常がないことを確認してください。

レントゲン検査 ※いずれかを○で囲んでください	・有 ・異常所見なし ・異常所見あり 判定結果： _____ _____
	・無

※上記の検査等につきましては証明書の提出はお願いしておりません。ただし、法人が必要と判断した場合には後日提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。