

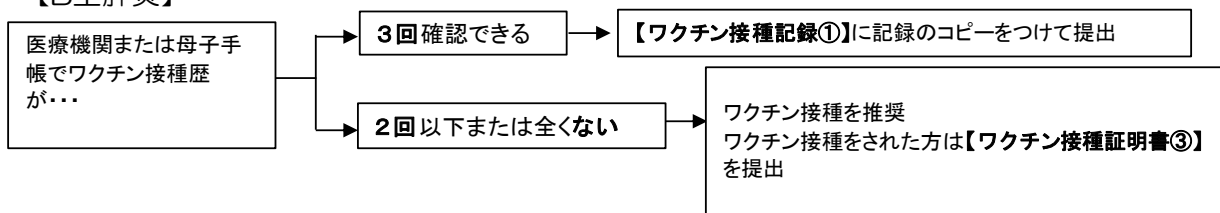
採用内定職員各位

社会福祉法人 三井記念病院

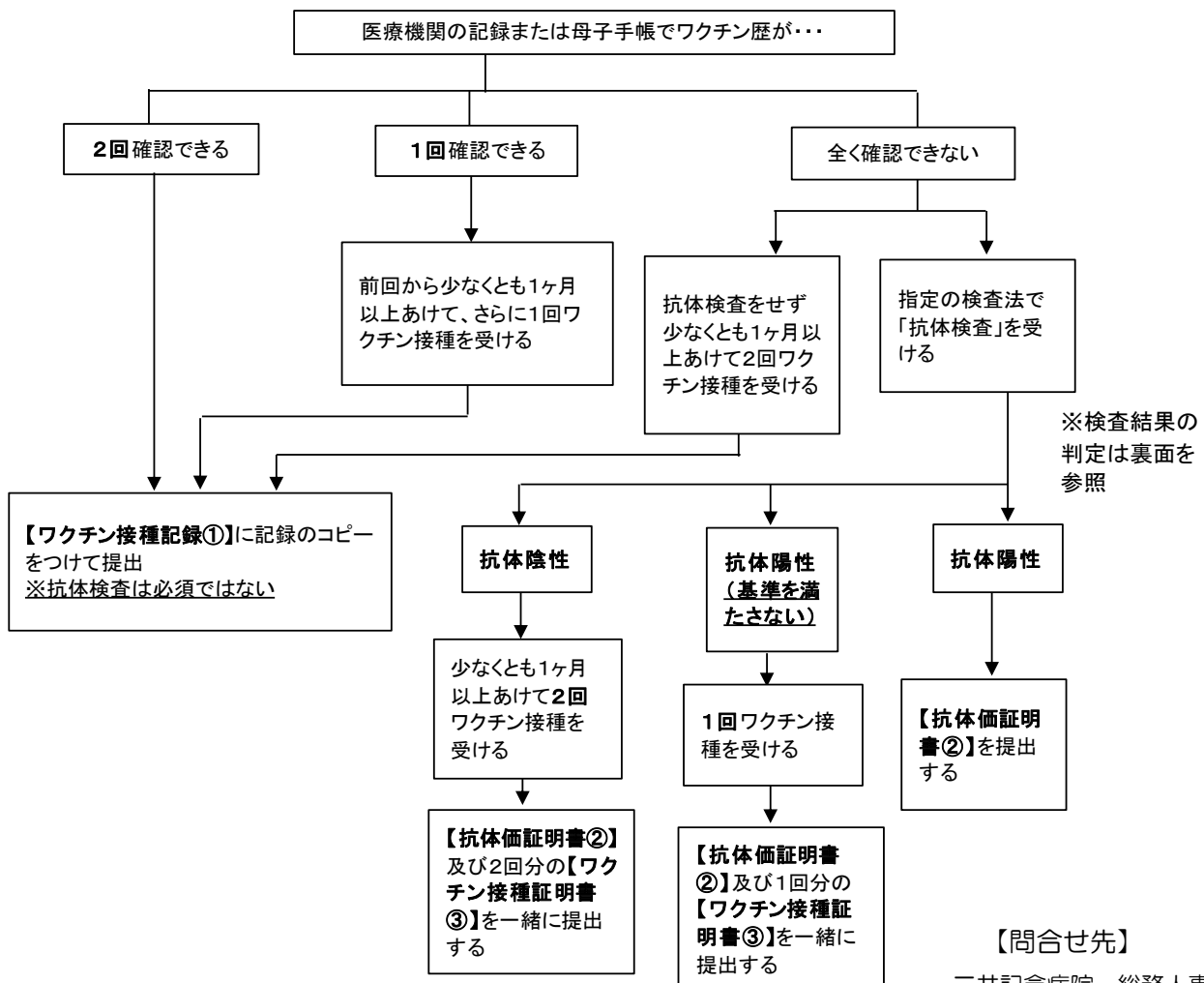
風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の 「抗体価証明書」「ワクチン接種証明書」の提出について

医療関係者は自分自身を感染症から守るとともに自分自身が感染源にならない為にも感染症予防に積極的になる必要があります。当院では感染管理のため、採用にあたり予防接種歴をご提出いただいております。ご承諾いただける方は以下をご参照いただき、それぞれ該当される書式でご提出ください。ご協力よろしくお願い申し上げます。

【B型肝炎】



【風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎】



*抗体価検査を実施された方は、以下の表を用いてご自身の抗体価基準判定を実施して下さい。

当院の風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎抗体価基準表

疾患名	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
風疹	EIA法 (IgG) : 2.0未満	EIA法 (IgG) : 2.0~7.9	EIA法 (IgG) : 8.0以上
麻疹	EIA法 (IgG) : 2.0未満	EIA法 (IgG) : 2.0~15.9	EIA法 (IgG) : 16.0以上
水痘	EIA法 (IgG) : 2.0未満	EIA法 (IgG) : 2.0~3.9	EIA法 (IgG) : 4.0以上
流行性耳下腺炎	EIA法 (IgG) : 2.0未満	EIA法 (IgG) : 2.0~3.9	EIA法 (IgG) : 4.0以上
B型肝炎			HBs 抗体価 : 10 IU/ml 以上

(参考) 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版

*B型肝炎ワクチンは、初回、1か月後、4~5か月後の3回接種後の抗体価が10 IU/ml 以上あること。

ワクチン接種記録 提出用紙

*風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎ワクチンの予防接種記録のコピーを貼りつけて提出して下さい。

(母子手帳、医療機関接種証明、学校証明書など)

職員番号(病院記入欄)：

氏名(ご本人記入)：

生年月日： 年 月 日

記入日： 年 月 日

【接種回数自己確認】

お手元の接種記録を以下にご記入いただき、2回以上(B型肝炎は3回1クール)接種されているかご確認ください。2回以下(B型ワクチンは1クール終わっていない)は追加接種を推奨いたします。

※後日追加接種予定者は備考欄に接種予定があることをご記入ください

疾患名	接種日	接種回数	備考欄※
風疹ワクチン	年 月 日	計 回	
	年 月 日		
麻疹ワクチン	年 月 日	計 回	
	年 月 日		
水痘ワクチン	年 月 日	計 回	
	年 月 日		
流行性耳下腺炎 ワクチン	年 月 日	計 回	
	年 月 日		
B型肝炎ワクチン	年 月 日	計 回	
	年 月 日		
	年 月 日		

*MRワクチン・・・麻疹・風疹混合ワクチン。それぞれ1回ずつカウントをしてください。

【接種記録のコピー】

本用紙裏面に母子手帳、医療機関証明書、学校証明書等の記録のコピーを糊付け

またはホチキス留めしてください

病院使用欄

風疹	麻疹	水痘	ムンプス	B型

病院確認印

抗体価検査証明書

職員番号（病院記入欄）：
_____氏名
_____生年月日： 年 月 日

疾患名	検査法 (以下の検査法に限る)	検査日	抗体価結果 (数値を記載してください)
風 疹	EIA法 (IgG)	年 月 日	
麻 疹	EIA法 (IgG)	年 月 日	
水 痘	EIA法 (IgG)	年 月 日	
流行性耳下腺炎	EIA法 (IgG)	年 月 日	
HBs 抗体価			

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

病院名：

所在地：

医師名：

印

病院使用欄

風 疹	麻 疹	水 痘	ムンプス	B型

病院確認印

*追加接種をされた方はこちらの用紙で接種証明を提出して下さい。

ワクチン接種証明書

職員番号（病院記入欄）：

氏名

生年月日： 年 月 日

疾患名	接種日			ロットシールNo.
風 疹	1回目	年	月 日	
	2回目	年	月 日	
麻 疹	1回目	年	月 日	
	2回目	年	月 日	
水 痘	1回目	年	月 日	
	2回目	年	月 日	
流行性耳下腺炎	1回目	年	月 日	
	2回目	年	月 日	
HBs 抗体価	1回目	年	月 日	
	2回目	年	月 日	
	3回目	年	月 日	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

病院名：

所在地：

医師名：

印

病院使用欄

風疹	麻疹	水痘	ムンプス	B型

病院確認印

(記入例)

ワクチン接種記録 提出用紙

*風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎ワクチンの予防接種記録のコピーを貼りつけて提出して下さい。

(母子手帳、医療機関接種証明、学校証明書など)

職員番号(病院記入欄) : **記入不要です**氏名(ご本人記入) : **三井 太郎**生年月日 : **1981年 4月 3日**記入日 : **2019年 12月 13日**

【接種回数自己確認】

お手元の接種記録を以下にご記入いただき、2回以上(B型肝炎は3回1クール)接種されているかご確認ください。2回以下(B型ワクチンは1クール終わっていない)は追加接種を推奨いたします。

※後日追加接種予定者は備考欄に接種予定があることをご記入ください

疾患名	接種日	接種回数	備考欄※
風疹ワクチン	昭和 59 年 3 月 12 日	計 2 回	
	昭和 60 年 5 月 11 日		
麻疹ワクチン	昭和 59 年 5 月 30 日	計 2 回	
	昭和 60 年 5 月 11 日		
水痘ワクチン	平成 5 年 1 月 29 日	計 1 回	
	年 月 日		3/10に接種予定です
流行性耳下腺炎 ワクチン	平成8 年 10 月 10 日	計 1 回	
	年 月 日		2/9に接種予定です
B型肝炎ワクチン	年 月 日	計 0 回	後日接種します
	年 月 日		
	年 月 日		

*MRワクチン・・・麻疹・風疹混合ワクチン。それぞれ1回ずつカウントをしてください。

【接種記録のコピー】

本用紙裏面に母子手帳、医療機関証明書、学校証明書等の記録のコピーを糊付け

またはホチキス留めしてください

接種記録のコピーは裏面に糊付けまたはホチキス留め⇒

病院使用欄

風疹	麻疹	水痘	ムンプス	B型

病院確認印