

胸部X線検査実施状況及び
抗体価検査・ワクチン接種証明

所属施設名： _____ 氏名： _____

○胸部X線検査実施状況

胸部X線検査を**1年以内(又は年度内)**に実施している必要があります。下記に記入した上で検査結果を添付、もしくはX線写真の提出をお願い致します。

胸部X線検査 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
検査結果 正常
異常あり(_____)

○抗体価検査・ワクチン接種証明

1. B型肝炎ウイルスの抗体価・ワクチン歴 (10年以内のもの)

| | |
|-------|---|
| | 最近の抗体検査日/判定 |
| HBs抗体 | 抗体価 _____ 判定 (_____) 年 _____ 月 _____ 日 |

2. ウイルス疾患抗体価 (5年以内のもの)

検査は全ての疾患においてEIA法(IgG抗体)にて抗体価確認をお願い致します。

| ウイルス性疾患 | 麻疹 | 風疹 | 水痘 | 流行性耳下腺炎 |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 既往歴 | 有 無 | 有 無 | 有 無 | 有 無 |
| 過去のワクチン接種歴 | 未 1回 2回 | 未 1回 2回 | 未 1回 2回 | 未 1回 2回 |
| 抗体検査値 EIA-IgG | | | | |
| 抗体検査 年月日 | 年 _____ 月 _____ 日 | 年 _____ 月 _____ 日 | 年 _____ 月 _____ 日 | 年 _____ 月 _____ 日 |
| 成育医療研究センター で抗体価陽性値と認める値 | EIA-IgG 16.0以上 | EIA-IgG 8.0以上 | EIA-IgG 4.0以上 | EIA-IgG 4.0以上 |

*陰性の方はワクチン接種後、接種証明書(コピー可)も本調査票と一緒に提出して下さい。

陰性者のワクチン接種は2回を原則としています。1回目の接種証明として母子手帳のコピーも提出して下さい。母子手帳紛失および接種歴不明な方は来院までに2回のワクチン接種をお願い致します。

**検査結果データは、必ず検査結果票(5年以内のもの)を添付して下さい。

上記のとおり報告いたします。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(記載者名捺印)

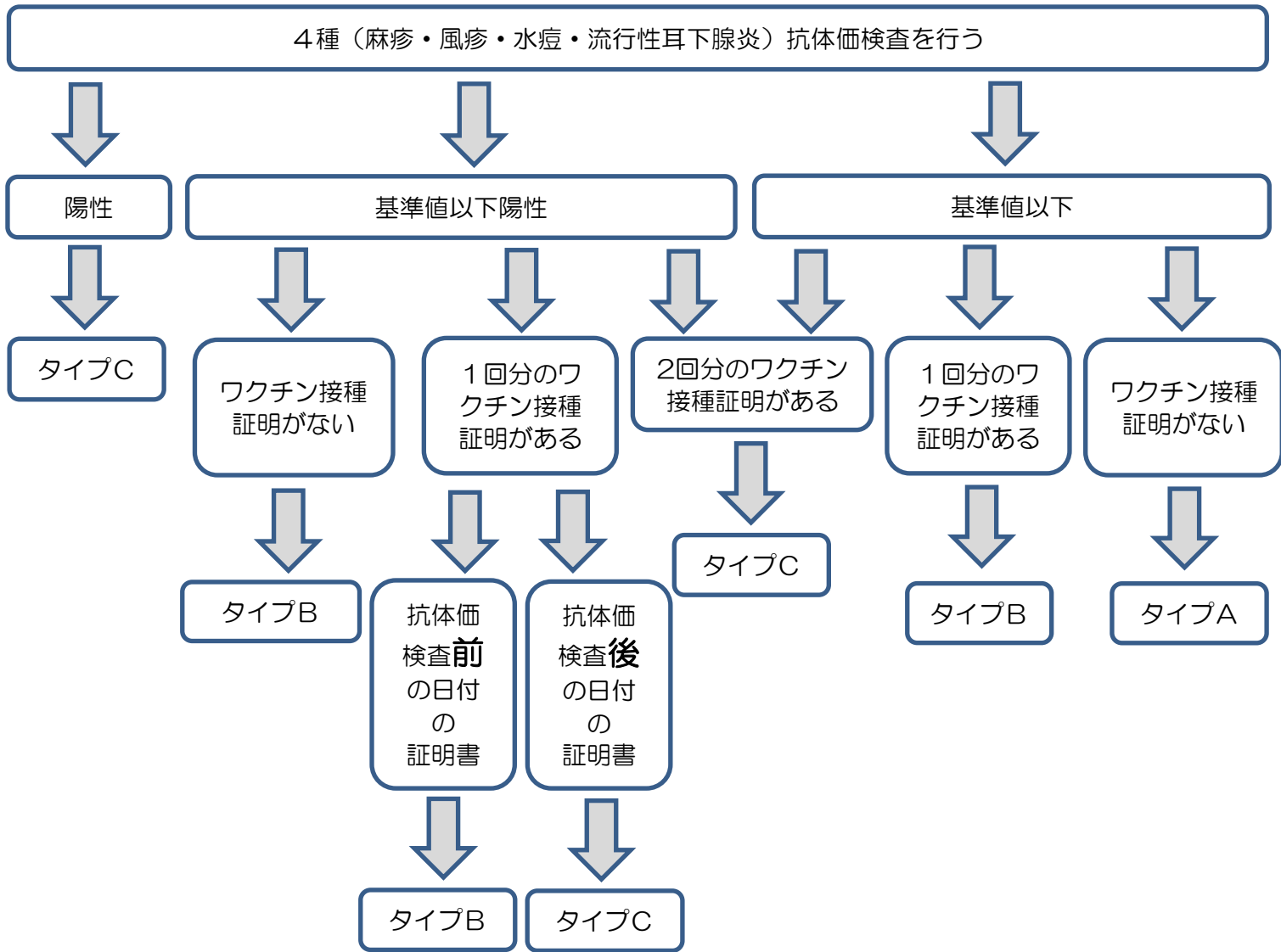


表1. 当院で感染防御レベルと認める抗体価

| ウィルス性疾患 | 陽性 | 基準値以下陽性 | 基準値以下 |
|---------|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 麻疹 | EIA 法 (IgG抗体) : 16 以上 | EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 16未満 | EIA 法 (IgG抗体) : 2未満 |
| 風疹 | EIA 法 (IgG抗体) : 8 以上 | EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 8未満 | EIA 法 (IgG抗体) : 2未満 |
| 水痘 | EIA 法 (IgG抗体) : 4 以上 | EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 4未満 | EIA 法 (IgG抗体) : 2未満 |
| 流行性耳下腺炎 | EIA 法 (IgG抗体) : 4 以上 | EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 4未満 | EIA 法 (IgG抗体) : 2未満 |

※5年以内の検査値なら有効

表2. タイプ別対応

| | |
|------|--|
| タイプA | ワクチン接種は <u>1ヶ月以上の間隔を空けて2回</u> 行い※1、接種証明書※2を提出してください。 |
| タイプB | ワクチン接種を1回行い※1、接種証明書※2を提出してください。 |
| タイプC | ワクチン接種の必要はありません。 |

※1 ワクチン接種は、自費になります。ご了承ください。

(麻疹、風疹のいずれかのみを対象とする場合でも、MRワクチンで代用可能です。)

※2 接種証明書は、次の4点が入っていれば様式は問いません。

(接種ワクチン名、接種日、医療機関名、接種した方の氏名)