

PDF② ワクチン接種及びウイルス抗体価検査結果報告書の提出について

県立はりま姫路総合医療センター

医療機関において、医療関係者（実習生を含む）が感染症に罹患しないために、また、受診者や入院者への感染源とならないために、感染症の免疫獲得状況の把握やワクチン接種が求められています。

このため、当院では、日本環境感染学会による『医療関係者のためのワクチンガイドライン（第2版）』を参考に作成した「県立病院職員ワクチン接種プログラム」に基づき、下記の通り当院で研修、実習等を受けられる皆さまに、実習前にワクチン接種や抗体価検査の記録の提出をお願いしています。

医療関係者（実習生含む）実習生及び患者を医療関連感染から守るための重要な手続きであることをご理解のうえ、ご協力いただきますよう宜しくお願いいたします。

1. 風しん・麻しん・水痘・流行性耳下腺炎 について

1歳以上で2回のワクチン接種記録があれば、抗体価検査の必要性はありません。

予防接種記録が確認出来ない場合は、抗体価検査を実施してください。

検査の結果、「陰性」及び「抗体価陽性（基準を満たさない）」者については、ワクチン接種を行なってください。

*これら4疾患のワクチンはいずれも生ワクチンであるため、妊娠中や免疫機能に異常のある場合など、ワクチン接種不適応者は接種できませんので、ご注意ください。

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)
麻疹	EIA法(IgG):陰性 あるいはPA法:<1:16 あるいは中和法:<1:4	EIA法(IgG):(±)~16.0 あるいはPA法:1:16,32,64,128 あるいは中和法:1:4	EIA法(IgG):16.0以上 あるいはPA法:1:256以上 あるいは中和法:1:8以上
風疹	HI法:<1:8 あるいはEIA法(IgG):陰性	HI法:1:8,16 あるいはEIA法(IgG):(±)~8.0	HI法:1:32以上 あるいはEIA法(IgG):8.0以上
水痘	EIA法(IgG):<2.0※ あるいはIAHA法:<1:2※ あるいは中和法:<1:2※	EIA法(IgG):2.0~4.0※ あるいはIAHA法:1:2※ あるいは中和法:1:2※	EIA法(IgG):4.0以上※ あるいはIAHA法:1:4以上※ あるいは中和法:1:4以上※ あるいは水痘抗原皮内テストで陽性(5mm以上)
流行性 耳下腺炎	EIA法(IgG):陰性	EIA法(IgG):(±)	EIA法(IgG):陽性

2. HBs 抗原・抗体検査について

直接患者に接触する、あるいは患者の血液・体液に接触する可能性がない者においては必須ではありません

HBs 抗体検査を実施し、検査の結果 HBs 抗原陰性・HBs 抗体陰性(10mIU/ml未満)の場合は、HB ワクチン接種(0.1.6ヶ月後の3回接種1シリーズ)を行なってください。3回目の接種終了後から1~2ヶ月後にHBs 抗体検査を行い、抗体価が10mIU/ml以上であれば免疫獲得を判定します。免疫獲得とならなかった場合は、もう1シリーズのワクチン接種を推奨します。

3. 体調不良の確認及び申し出について

実習時には、実習開始の約2週間以内の期間において、発熱・咳・倦怠感などの症状がないことを確認し、実習に参加させてください。

また、症状等がある場合は診察を受けさせ、結核等の感染症が発症していないことを確認してください。

4. ワクチン接種及び抗体価検査結果の報告方法

「ワクチン接種及び抗体価検査結果報告書」の提出については実習開始2週間前までに提出をお願いします。

「ワクチン接種及び抗体価検査結果報告書」の様式については、添付の様式のほか、必要な内容の記載があれば、各養成機関での報告書書式でも差し支えありません。

抗体価検査等の結果報告書

養成機関名 _____ 実習生／研修生氏名： _____

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、B型肝炎

●麻疹					
検査日	_____年	_____月	_____日	検査方法	_____
抗体価	_____				
ワクチン接種日	第1回	_____年	_____月	_____日	
	第2回	_____年	_____月	_____日	
●風疹					
検査日	_____年	_____月	_____日	検査方法	_____
抗体価	_____				
ワクチン接種日	第1回	_____年	_____月	_____日	
	第2回	_____年	_____月	_____日	
●水痘					
検査日	_____年	_____月	_____日	検査方法	_____
抗体価	_____				
ワクチン接種日	第1回	_____年	_____月	_____日	
	第2回	_____年	_____月	_____日	
●流行性耳下腺炎					
検査日	_____年	_____月	_____日	検査方法	_____
抗体価	_____				
ワクチン接種日	第1回	_____年	_____月	_____日	
	第2回	_____年	_____月	_____日	
●B型肝炎					
検査日	_____年	_____月	_____日	検査方法	_____
抗体価	_____				
ワクチン接種日					
第1クール	第1回	_____年	_____月	_____日	
	第2回	_____年	_____月	_____日	
	第3回	_____年	_____月	_____日	
検査日	_____年	_____月	_____日	検査方法	_____
抗体価	_____				
ワクチン接種日					
第2クール	第1回	_____年	_____月	_____日	
	第2回	_____年	_____月	_____日	
	第3回	_____年	_____月	_____日	

抗体価検査等について上記のとおり確認しました。平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

養成機関名／医療機関名 _____ :

養成機関長名／医師名 _____ :

印