

# 手術、内視鏡等 招聘者への ワクチン接種・感染症検査について

群馬大学医学部附属病院では、院内の患者環境へ立ち入る方に対して、感染症の流行防止のため、「ワクチン接種・感染症状況報告書」のご提出をお願いしております。

つきましては、現在のワクチン接種・感染症状況をご記載いただき総務課総括庶務係までご提出いただけますようお願い申し上げます。

なお、提出書類に含まれる個人情報には感染症の流行防止以外の目的には使用いたしません。

1. 血中抗体価の検査方法と判定基準
2. 【様式1】ワクチン接種・感染症状況報告書

## 問い合わせ先

- (1) 感染症ごとのワクチン接種、抗体価検査について

群馬大学医学部附属病院 感染制御部

TEL 027-220-8605

- (2) 書類の提出について

昭和地区事務部総務課総括庶務係

TEL 027-220-7713 (mshomu@ml.gunma-u.ac.jp)



# 【参考】血中抗体価の検査方法と判定基準

検査項目	検査方法*1 検査項目毎に いずれかの 検査方法で行う	判定基準*2		
		陰性	基準未満 の陽性*3	陽性
麻疹 (はしか)	IgG-EIA法	2.0未満	2.0～15.9	16.0以上
	PA法	1:8以下	1:16～1:128	1:256以上
	NT法	1:2以下	1:4	1:8以上
	ELISA法	150未満	150～300	301以上
風疹 (3日ばしか)	IgG-EIA法	2.0未満	2.0～7.9	8.0以上
	HI法	1:4以下	1:8～1:16	1:32以上
	ELISA法	4.0未満	4.0～8.0	8.1以上
水痘 (みずぼうそう)	IgG-EIA法	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上
	ELISA法	50未満	50～100	101以上
	IAHA法	1:2未満	1:2	1:4以上
流行性 耳下腺炎 (ムンプス・ おたふくかぜ)	IgG-EIA法	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上
	ELISA法	250未満	250～500	501以上

\* 1 検査項目毎に、検査方法として記載された方法のうちいずれかの方法での結果を推奨しています。

\* 2 判定基準は、「発症を防ぐために十分な血中抗体価」としています。一般的な抗体陽性とされる値より高値なので、ご注意ください。

\* 3 基準未満の陽性は発症を防ぐには不十分な抗体価です。

## [B型肝炎]

検査項目	検査方法*1	判定基準	
		陰性*2	陽性
HBs抗体検査	CLIA法	10.0未満	10.0以上
	CLEIA法	陰性 (10.0未満)	陽性 (10.0以上)

## 手術、内視鏡等 招聘者 ワクチン接種・感染症状況報告書

(注意) 母子手帳等のワクチン接種記録・検査結果がお手元にある場合は、検査結果の数値等を転記していただくことでも差し支えありません。  
また、過去の値であっても、検査日は問いません。

本人記入欄

来院予定日 (西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日
所属病院名	専攻職種
生年月日 (西暦)	年齢 歳
フリガナ	
氏 名	

医療機関記入欄 \* 医療機関で記入した箇所がある場合のみ記入してください。

証明日	年 月 日
医療機関名	
代表者氏名	
医師氏名	印
母子手帳	あり ・ なし (見つからない)

### 1. 麻疹 (はしか)

本人記入欄

ワクチン接種歴 (母子手帳等ある方のみ)	あり(ワクチン接種日を記入) ・ なし 【1回目】 年 月 日 【2回目】 年 月 日
-------------------------	---

記入者 ( 医療機関・ 本人 ) \* 丸の記入をお願いします \* ワクチン接種2回済んでいる方は下記は不要です

血中抗体価検査	【検査日】 年 月 日 【検査方法】 IgG-EIA法・PA法・NT法・ELISA法 【抗体価】 【判定】 陰性 ・ 基準未満の陽性 ・ 陽性
ワクチン接種日	【1回目】 年 月 日 (済・予定) 【2回目】 年 月 日 (済・予定) ワクチン接種不適當な場合は理由を記載

## 2. 風疹（3日ばしか）

本人記入欄

ワクチン接種歴 (母子手帳等ある方のみ)	あり(ワクチン接種日を記入) ・ なし
	【1回目】                    年                    月                    日
	【2回目】                    年                    月                    日

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \*丸の記入をお願いします \*ワクチン接種2回済んでいる方は下記は不要です

血中抗体価検査	【検査日】                    年                    月                    日
	【検査方法】    IgG-EIA法・HI法・ELISA法
	【抗体価】
	【判定】        陰性        ・        基準未満の陽性        ・        陽性
ワクチン接種日	【1回目】                    年                    月                    日 (済・予定)
	【2回目】                    年                    月                    日 (済・予定)
	ワクチン接種不適當な場合は理由を記載

## 3. 水痘（みずぼうそう）

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \*丸の記入をお願いします

血中抗体価検査	【検査日】                    年                    月                    日
	【検査方法】    IgG-EIA法・ELISA法・IAHA法
	【抗体価】
	【判定】        陰性        ・        基準未満の陽性        ・        陽性
ワクチン接種日	【1回目】                    年                    月                    日 (済・予定)
	※2回目接種済みの方は記載して下さい。                    年                    月                    日
	ワクチン接種不適當な場合は理由を記載

## 4. 流行性耳下腺炎（ムンプス・おたふくかぜ）

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \*丸の記入をお願いします

血中抗体価検査	【検査日】	年	月	日
	【検査方法】	IgG-EIA法・ELISA法		
	【抗体価】			
	【判定】	陰性 ・ 基準未満の陽性 ・ 陽性		
ワクチン接種日	【1回目】	年	月	日（済・予定）
	※2回目接種済みの方は記載して下さい。年 月 日			
	ワクチン接種不適當な場合は理由を記載			

## 5. B型肝炎

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \*丸の記入をお願いします

	HBs抗体検査 (過去であっても陽性であった際の値を記載してください)		
【検査日】	年	月	日
【検査方法】	CLIA法・CLEIA法・その他（ ）		
【抗体価】			
【判定】	陰性 ・ 陽性		