

実習生・研修生・担当教員 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、院内で実習・研修する方に対し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」の提出を義務付けています。

については、感染症ごとのフローチャート等に従い、ご自身が必要なワクチン接種、抗体価検査を受けていただき、「ワクチン接種・感染症状況報告書」を実習や研修前までに昭和地区事務部学務課学事・学生支援係または指定された場所へご提出ください。

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

*必ず最後までお読み下さい。

- | | |
|---------------------|---|
| 1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 | 1 |
| 2. 血中抗体価の検査方法と判定基準 | 2 |
| 3. ワクチン接種 | 3 |
| 4. B型肝炎 | 4 |
| 5. 結核 | 4 |
| 6. Q & A | 5 |

【様式1】 ワクチン接種・感染症状況報告書

問い合わせ先

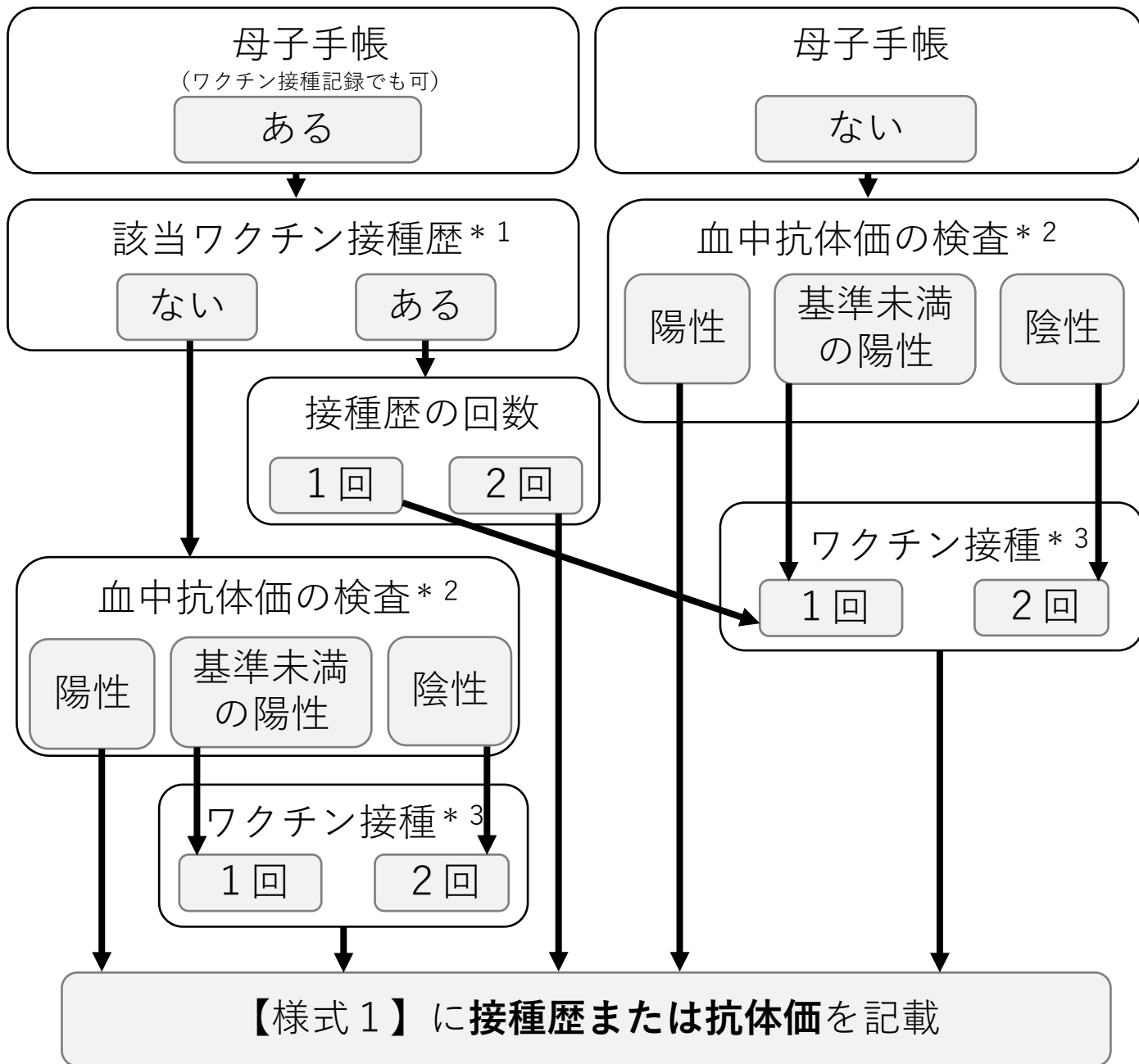
(1) 感染症ごとのワクチン接種、抗体価検査について
群馬大学医学部附属病院 感染制御部
TEL 027-220-8605

(2) 書類の提出について
昭和地区事務部学務課 学事・学生支援係
TEL 027-220-7792

1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

(1) ワクチン接種及び必要な検査 フローチャート

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の各感染症について、以下のフローチャートに従い対応してください。



- * 1 ワクチン接種歴から接種年月日が特定できない場合は接種歴とみなしません。母子手帳等による接種記録を確認しながら【様式1】に記載してください。
- * 2 血中抗体価の検査を受検の際は2ページをご確認ください。
- * 3 ワクチン接種を受ける際は3ページをご確認ください。当該ワクチンは生ワクチンです。2回以上ワクチン接種をする場合は27日(4週間)以上の間隔をあけて次のワクチンを接種する必要があります。

2. 血中抗体価の検査方法と判定基準

血中抗体価検査の際は以下に示す検査方法に従い受検し、【様式1】に記載してください。

なお、以下に示す検査方法により受検した検査結果であれば、検査日は問いません。

| 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、検査を受けてください。記載されていない方法で検査した場合は、再度検査を受検する必要が生じます。
- *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。

3. ワクチン接種

ワクチン接種の際は以下に示すワクチンから必要なワクチンを接種して下さい。

なお、研修や実習前までに全てのワクチン接種を実施し終えることが望ましいですが、ワクチン接種を2回以上行う必要がある場合で、研修や実習前までに済ませる事が難しい場合は、1回目のワクチン接種を研修や実習前までに実施し、2回目以降のワクチン接種予定日を【様式1】に記載してください。

| ワクチン |
|---|
| 麻疹ワクチン (はしか) |
| 風疹ワクチン (3日ばしか) |
| 水痘ワクチン (みずぼうそう) |
| 流行性耳下腺炎ワクチン (ムンプス・おたふくかぜ) |
| MRワクチン (麻疹ワクチン・風疹ワクチンの2種混合ワクチン) |
| MMRワクチン (麻疹ワクチン・風疹ワクチン・流行性耳下腺炎ワクチンの3種混合ワクチン) |

- * 当該ワクチンは生ワクチンです。同種のワクチンを2回接種する場合は27日(4週間)以上の間隔をあけて次のワクチンを接種します。
- * 病気や体質等によりやむを得ない事情によりワクチン接種ができない場合は、【様式1】にその旨ご記入ください。

4. B型肝炎

以下に示す検査項目を受検し、【様式1】に記載してください。
B型肝炎ワクチンの接種歴がある場合は、【様式1】に記載の上、以下に示す検査項目を受検してください。

なお、以下に示す検査方法により受検した検査結果であれば、検査日は問いません。

| 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) |

- *1 検査方法として記載された方法で検査を受けてください。記載されていない方法で検査した場合は、再度検査を受検する必要があります。
- *2 HBs抗体検査が陰性(過去に陽性になっていない方)の場合は、研修や実習前にワクチン接種(1クール:3回)を受けることが望ましいですが、研修や実習前までに済ませる事が難しい場合は、1回目のワクチン接種を研修や実習前までに実施し、2回目以降のワクチン接種予定日の計画を立てて研修や実習を開始してください。

5. 結核

以下に示す検査項目のうち、どちらか1項目を受検し、【様式1】に記載してください。

なお、以下に示す検査方法により受検した検査結果であれば、検査日は問いません。

| 検査項目*1 どちらか1項目を受検 | 判定基準*1 |
|---|-------------|
| クオンティフェロン検査 (QFT検査) ----- T-SPOT | 検査方法の基準値に従う |

- *1 判定結果が陽性の場合は、受診医療機関でご相談ください。

6. Q & A

(1) 受診する医療機関について

医療機関の指定はありませんが、ワクチン接種・検査とも群馬大学医学部附属病院では実施していません。

医療機関により実施できる項目が限られる場合があります。その場合は、複数医療機関に受診の上、各医療機関毎に【様式1】を作成する必要がありますので、受診予定の医療機関に事前にお問い合わせされることをお勧めします。

(2) ワクチン接種・検査費用の目安

公的医療保険の適用外のため、ワクチン接種・検査費用は10割負担になります。受診する医療機関により費用は異なりますが、目安は以下のとおりです。

- ・血中抗体価検査：全体で約12,000円
(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎)
- ・ワクチン接種：1種類約3,000円～8,000円

(3) 以前に受検した検査結果の提出について

当院の指定する検査方法であれば、検査日は問いません。【様式1】に記載をお願いします。

(4) 実施すべきワクチン接種が複数種ある場合の同時接種について

ワクチンを同時接種しても、副反応の頻度は上昇しません。また、効果が減弱することはありませんので、同時接種をして構いません。

ただし、複数のワクチンを混注することは認められていませんので注意して下さい。同側の上腕等に接種する際は局所反応がでた場合に重ならないように、注射部位は3cm以上あけて接種します。

(5) 研修や実習前までにワクチン接種・感染症状況報告書の提出が出来ない場合について

原則として、研修や実習前までに提出が必要です。提出が遅れる場合は、担当部署へお問い合わせください。

実習生・研修生・担当教員
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・検査結果が確実に有り、写す場合は本人が記入して差し支えありません。

本人記入欄

| | |
|---------------|---------------|
| 実習・研修予定日 (西暦) | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 学校名 (会社名) | 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) |
| | ワクチン接種不適当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）

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・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】 年 月 日（済・予定） |
| | 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）

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・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 |

5. B型肝炎

本人記入欄

| | | | | | |
|---------|--|-------|---|---|---|
| ワクチン接種歴 | <ul style="list-style-type: none"> ・あり <input checked="" type="checkbox"/> ワクチン接種日・接種後の抗体価検査結果を記入 ・なし | | | | |
| | ワクチン接種日 | | | | |
| | 1 ク ー ル | 【1回目】 | 年 | 月 | 日 |
| | | 【2回目】 | 年 | 月 | 日 |
| | 【3回目】 | 年 | 月 | 日 | |
| | 2 ク ー ル | 【1回目】 | 年 | 月 | 日 |
| | | 【2回目】 | 年 | 月 | 日 |
| | | 【3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

| | |
|--------|---|
| | 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 |

6. 結核

記入者（ 医療機関・ 本人 ） *丸の記入をお願いします

| | | |
|-------|---|--|
| | クオンティフェロン検査 (QFT検査) | T-SPOT |
| 【検査日】 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 【判定】 | <ul style="list-style-type: none"> ・陰性 ・判定不可 ・陽性 | 又は <ul style="list-style-type: none"> ・陰性 ・判定不可 ・判定保留 ・陽性 |