

**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**

様式 8

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)

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
当院で感染防御レベルと 認める抗体価	EIA-IgG 16.0以上	EIA-IgG 8.0以上	EIA-IgG 4.0以上	EIA-IgG 4.0以上

※麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体価検査は全て **EIA 法 (IgG 抗体)** にて行い、
検査結果伝票を必ず添付 してください。
 上記 4 つの検査値は **5 年以内** のものに限り、
 ※ 4 種抗体検査のうち、2 回以上のワクチン接種歴がある疾患は、接種証明書の提出をもって当該疾患の抗体検査は不要となります。
 ※ 上記について、成育基準の抗体価に満たない場合は、ワクチン接種のうえ接種証明書を提出してください。
 ただし、ワクチン接種は原則 2 回までとします。詳細は、裏面のフローにしたがってください。
 ※ ワクチン接種歴の証明を提出ください。例、予診票、母子手帳のコピーなど

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) _____ 印

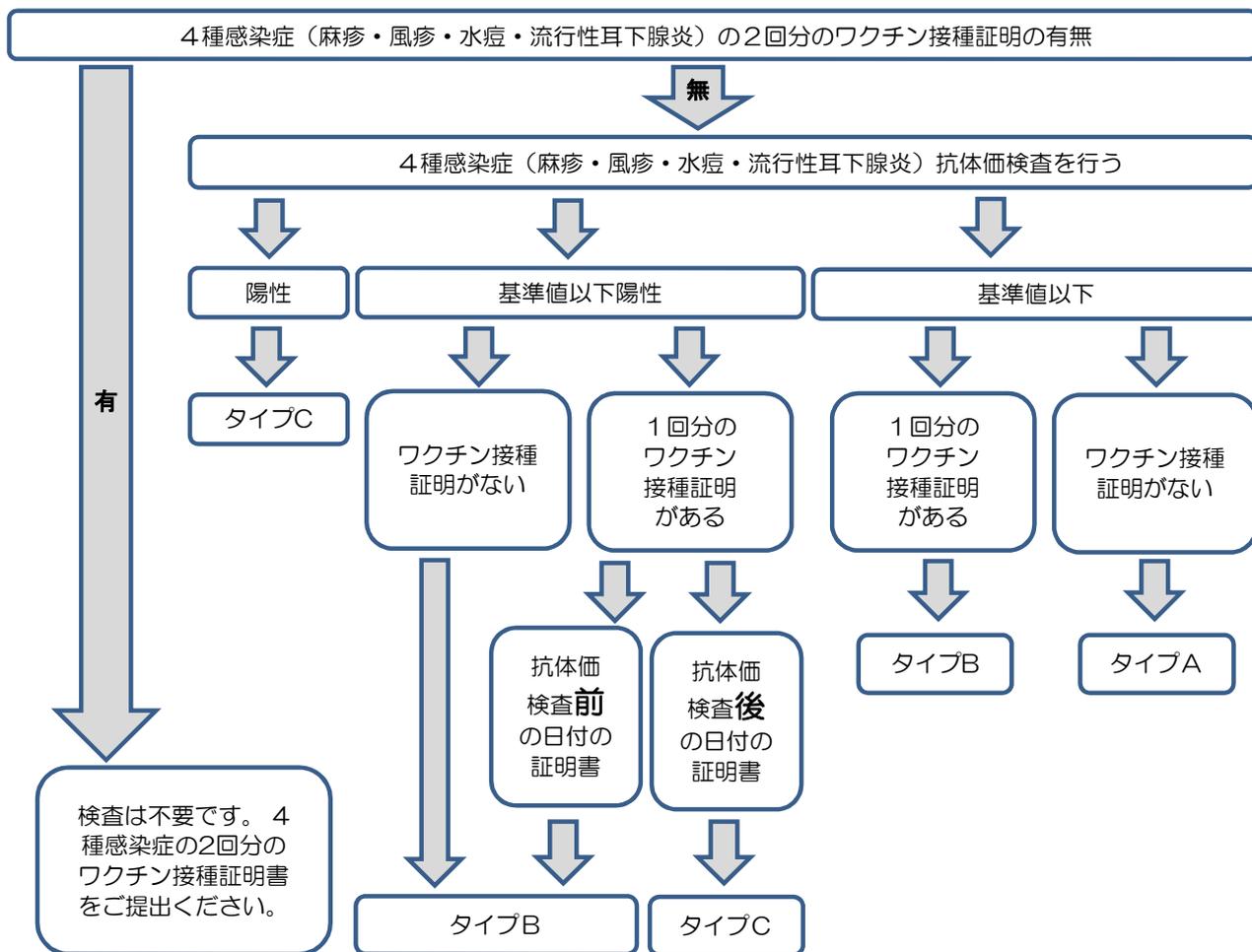


表1. 当院で感染防御レベルと認める抗体価

ウイルス性疾患	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 1ヶ月以上の間隔を空けて 2回行い※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5点が入っていれば様式は問いません。(母子手帳、予診票など)
(接種ワクチン名、接種日、ロット番号、医療機関名、接種した方の氏名)