

抗体証明およびワクチン接種について

京都大学医学部附属病院

2020年1月

当院では実習および研修中の感染予防対策のために、病棟や外来において患者に接触する実習生/研修生と、実地指導を行う教員すべてを対象として、予め麻疹・水痘・風疹・ムンプス・B型肝炎ウイルス(※)の抗体検査結果および抗体価に低値・陰性がある場合はワクチン接種証明を提出いただくこととなりました。ついては、以下の事項を確認のうえ、書類を提出いただきますようお願いいたします。短期間でも患者に濃厚に接する看護実習は、すべての実習生及び教員の提出が必要です。看護部以外の実習生/研修生で、期間が5日以内の場合は免除いたします。

- 抗体価の証明(抗体検査・ワクチン接種証明書の上半分 必ず記載)を**実習/研修開始前に必ず提出**してください。以前に当院での実習・研修時に提出したことのある場合においても、再度提出してください(コピー可)
- 抗体価は、**実習/研修開始日より5年以内に検査した結果を有効**とします。5年以上経過している場合には、抗体価が低下している可能性があるため、再度検査をしていただくことを強く推奨いたします。
- 抗体検査の結果、抗体価が低値または陰性の場合、新たにワクチンを必要回数接種のうえ、ワクチン接種の証明(抗体検査・ワクチン接種証明書の下半分)を提出してください。
- 複数回のワクチン接種が必要な場合で、実習/研修開始までに接種が完了しない場合はワクチン接種予定日と接種予定の施設を備考欄に記載してください。そして、接種完了次第証明書を提出してください。
- 抗体価の証明者およびワクチン接種の証明者は、実習生/研修生が所属する施設や学校の担当者等でも問題ありません(医療機関による証明書や診断書を必要としていません)。
- アレルギー等のためワクチン接種が受けられない場合は、別紙ワクチン免除申告書を提出してください。また、周囲で下記の疾患が流行している場合や発症者と感染期間に接触した際は、すぐに感染制御部に報告してください。
- 抗体検査やワクチン接種にかかる費用は本院では負担できません。

※ B型肝炎ワクチン接種の要否は別紙を参照してください。

実習・研修前に満たすべき要件：

麻疹・風疹・水痘・ムンプス・B型肝炎に対する抗体価がすべて陽性、あるいは必要とするワクチン接種または接種歴（下表）の証明があること

疾患名	抗体価陰性・不明	抗体価低値	抗体価陽性
麻疹	EIA法(IgG)：陰性 PA法：<16倍 中和法：<4倍	EIA法(IgG)：(±)～16.0 PA法：16～128倍 中和法：4倍	EIA法(IgG)：≥16.0 PA法：≥256倍 中和法：≥8倍
風疹	HI法：<8倍 EIA法(IgG)：陰性	HI法：8～16倍 EIA法(IgG)：(±)～8.0	HI法：≥32倍 EIA法(IgG)：≥8.0
水痘	EIA法(IgG)：<2.0 IAHA法：<2倍 中和法：<2倍	EIA法(IgG)：2.0～4.0 IAHA法：2倍 中和法：2倍	EIA法(IgG)：≥4.0 IAHA法：≥4倍 中和法：≥4倍
ムンプス	EIA法(IgG)：陰性	EIA法(IgG)：(±)	EIA法(IgG)：(+)
ワクチン接種または 接種歴の証明	2回以上*	1回以上	(不要)

B型肝炎	陰性 (-) (±)・不明	(+) または ≥10 IU/mL
ワクチン接種または 接種歴の証明	3回接種*	(不要)

(医療関係者のためのワクチンガイドライン第二版、日本環境感染学会)

抗体検査・ワクチン接種証明書

ふりがな：

所属：

氏 名：

(1) 抗体価を以下に記載してください。

対象疾患	検査方法	検査日	結果・測定値	判定
麻疹	EIA PA 中和	年 月 日		陽性・低値・陰性
風疹	HI EIA	年 月 日		陽性・低値・陰性
水痘	EIA IAHA 中和	年 月 日		陽性・低値・陰性
ムンプス	EIA	年 月 日		陽性・低値・陰性
B 型肝炎		年 月 日		陽性・低値・陰性

(2) 抗体価が低値・陰性の場合、新たにワクチンを必要回数接種のうえ、以下にワクチン接種歴を記載してください。

対象疾患	ワクチン接種日	備考
麻疹	年 月 日	
	年 月 日	
風疹	年 月 日	
	年 月 日	
水痘	年 月 日	
	年 月 日	
ムンプス	年 月 日	
	年 月 日	
B 型肝炎	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

上記の記載内容に相違ないことを証明します。

証明機関名：

証明機関住所：

証明者氏名：

印

抗体検査・ワクチン接種証明書（記入例）

ふりがな：

所属：

氏 名：

（１）抗体価を以下に記載してください。

対象疾患	検査方法	年 月 日	陽性・低値・陰性
麻疹	EIA PA 中和	年 月 日	陽性・低値・陰性
風疹	HI EIA	年 月 日	陽性・低値・陰性
水痘	EIA IAHA 中和	年 月 日	陽性・低値・陰性
ムンプス	EIA	年 月 日	陽性・低値・陰性
B 型肝炎		年 月 日	陽性・低値・陰性

抗体価の証明については、6日以上見学する方は、必ず提出してください。

（２）抗体価が低値・陰性の場合、新たにワクチンを必要回数接種のうえ、以下にワクチン接種歴を記載してください。

対象疾患	ワクチン接種日	備考
麻疹	年 月 日	
風疹	年 月 日	
水痘	年 月 日 年 月 日	
ムンプス	年 月 日	
B 型肝炎	年 年 年	

抗体証明の結果、抗体が低値・陰性の場合、ワクチン接種の証明を提出してください。

抗体価の証明者およびワクチン接種の証明者は、医療機関はもちろん、実習生/研修生が所属する施設・学校でも問題ありません。ただし、実習/研修先である本院の診療科（部）・センターの長が証明者になることはできません。

上記の記載内容に相違ないことをお断りいたします。

証明機関名：

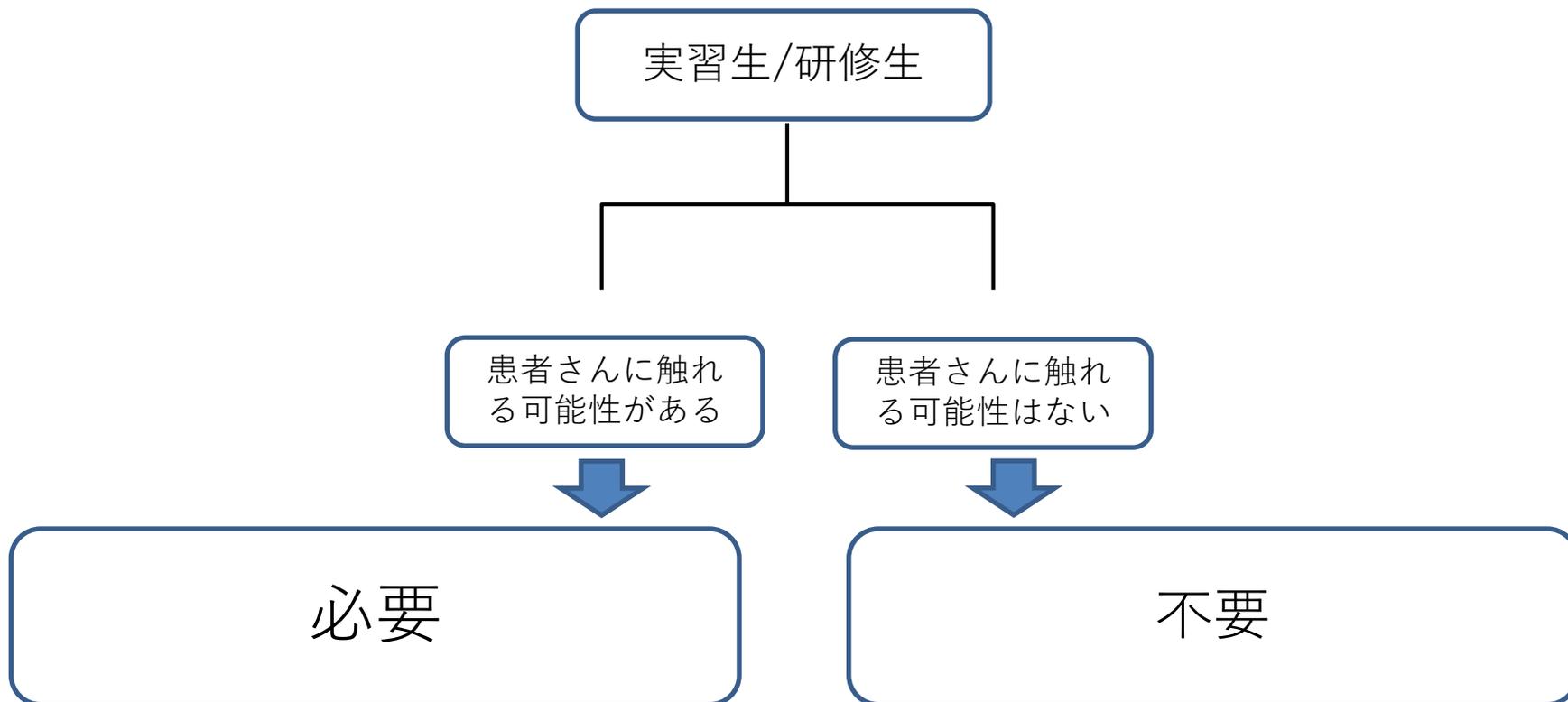
証明機関住所：

証明者氏名：

印

B型肝炎ワクチン接種の考え方

診療や研究で患者の血液・体液に触れる可能性がある場合は、接種を強く勧告する



ご自身で判断ができない場合は、感染制御部 (Tel 075-751-4967)までお問合せください。

ワクチン接種免除申告書

年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

所属：_____

氏名：_____

下記のとおりワクチン接種の免除を申告します。

記

1. 接種できないワクチン (ワクチン名に○をしてください。)

麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎

2. 接種できない理由 (該当する番号に○をしてください。)

1) 妊娠

2) ワクチンアレルギー

3) その他

理由をお書きください。

()

※1) の場合は母子手帳のコピーを添付してください。

※2) 3) の場合は医師の診断書を添付してください。