

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
--------------------------------

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致します。

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)

検査は全ての疾患においてEIA法(IgG抗体)にて抗体価確認をお願い致します。

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
成育医療研究センター で抗体価陽性値と認める値	EIA-IgG 16.0以上	EIA-IgG 8.0以上	EIA-IgG 4.0以上	EIA-IgG 4.0以上

\*陰性の方はワクチン接種後、接種証明書(コピー可)も本調査票と一緒に提出して下さい。

陰性者のワクチン接種は2回を原則としています。1回目の接種証明として母子手帳のコピーも提出して下さい。母子手帳紛失および接種歴不明な方は来院までに2回のワクチン

接種をお願い致します。

\*\*検査結果データは、必ず検査結果票(5年以内のもの)を添付して下さい。

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)

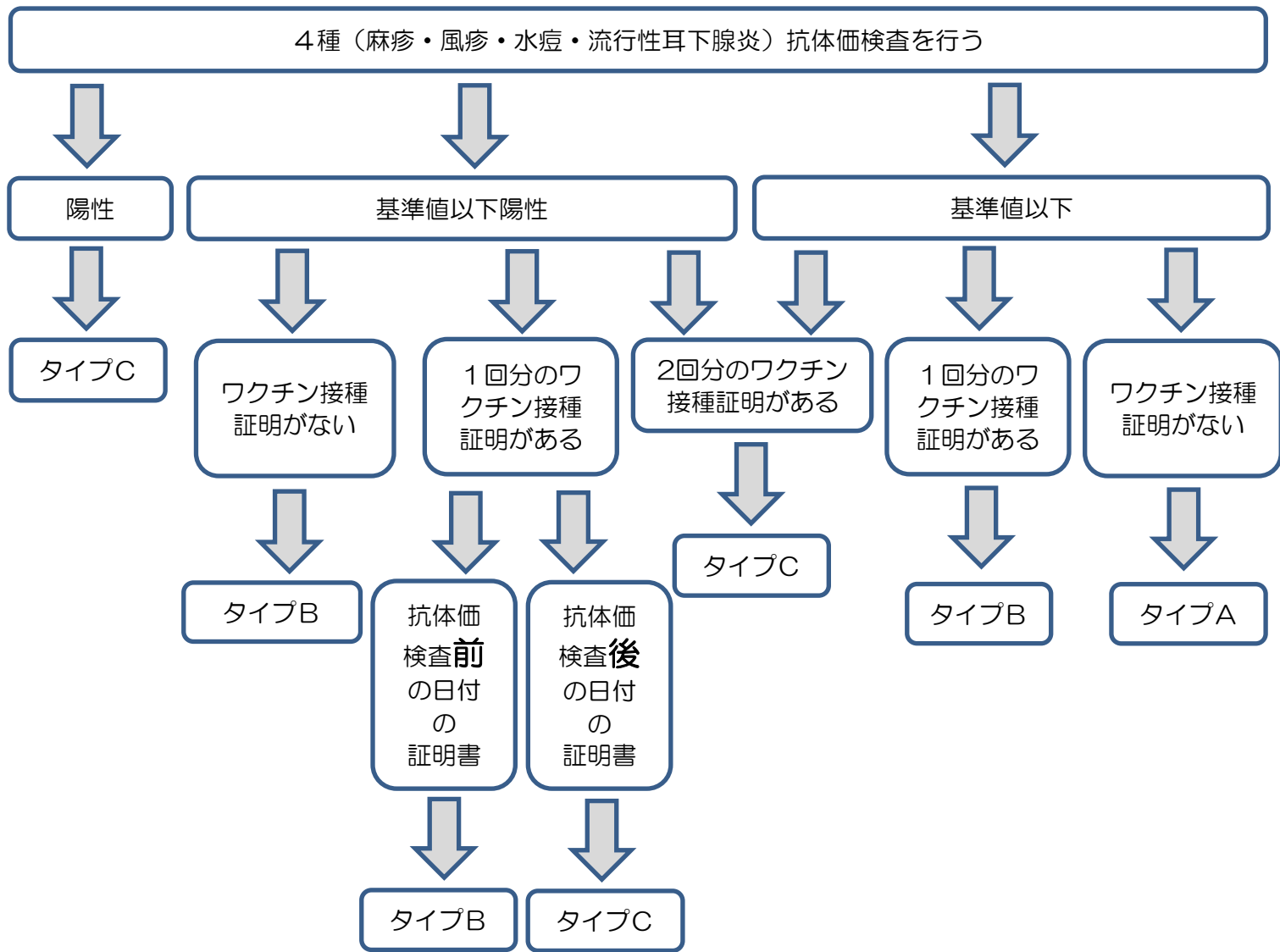


表1. 当院で感染防御レベルと認める抗体価

ウィルス性疾患	陽性	基準値以下陽性	基準値以下
麻疹	EIA 法 (IgG抗体) : <b>16</b> 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) : <b>8</b> 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) : <b>4</b> 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) : <b>4</b> 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 <u>1ヶ月以上の間隔を空けて2回</u> 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4点が入っていれば様式は問いません。

(接種ワクチン名、接種日、医療機関名、接種した方の氏名)