

別添

抗体検査4種(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)・HB 抗体検査について

業務受託者は、当院へ配属する職員・社員について、院内での麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の流行を防止するため、次葉のフローチャートに従い、必要な書類を委託業務事務担当者へ原則配属日までに提出すること。

- ① 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎に対するワクチンの接種(予防接種)を、それぞれについて受けたことを証明する書類
- ② 過去5年以内に麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体検査を受け、血中抗体価測定値を証明する書類

- ※ ①のワクチンについては、MRワクチン(麻疹・風疹混合ワクチン)等の混合ワクチンも可。
- ※ ①、②の書類の組み合わせ、例えば麻疹・風疹については①の「予防接種実施証明書」、水痘・流行性耳下腺炎については②の「抗体検査結果証明書」の提出でも可。
- ※ 母子手帳は、ワクチンの種類と接種年月日が明記されていれば、①の書類とすることができる。
- ※ 既往歴(かかったことがある旨の記載)のみで、診断根拠として確実な検査結果が記載されていない場合は①又は②を提出すること。
- ※ 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の血中抗体価が不十分にもかかわらず、病気または体質等やむを得ない事情によって予防接種を受けられない場合は、その旨を記載した文書(医師による証明書等)を提出すること。
- ※ ①、②の参考例を次葉(フローチャート裏面)に示す。

また、B 型肝炎感染予防のため配属後速やかに HB 抗体検査を行う。その結果陰性または抗体価を満たさない場合にはワクチン接種を行い、抗体価が基準を満たし陽性となったことを確認する。過去に HB 抗体検査を行ったことがあり陽性が確認されているか、ワクチン接種を行い抗体価が基準を満たしている場合にはそれを証明する書類を提出すること。

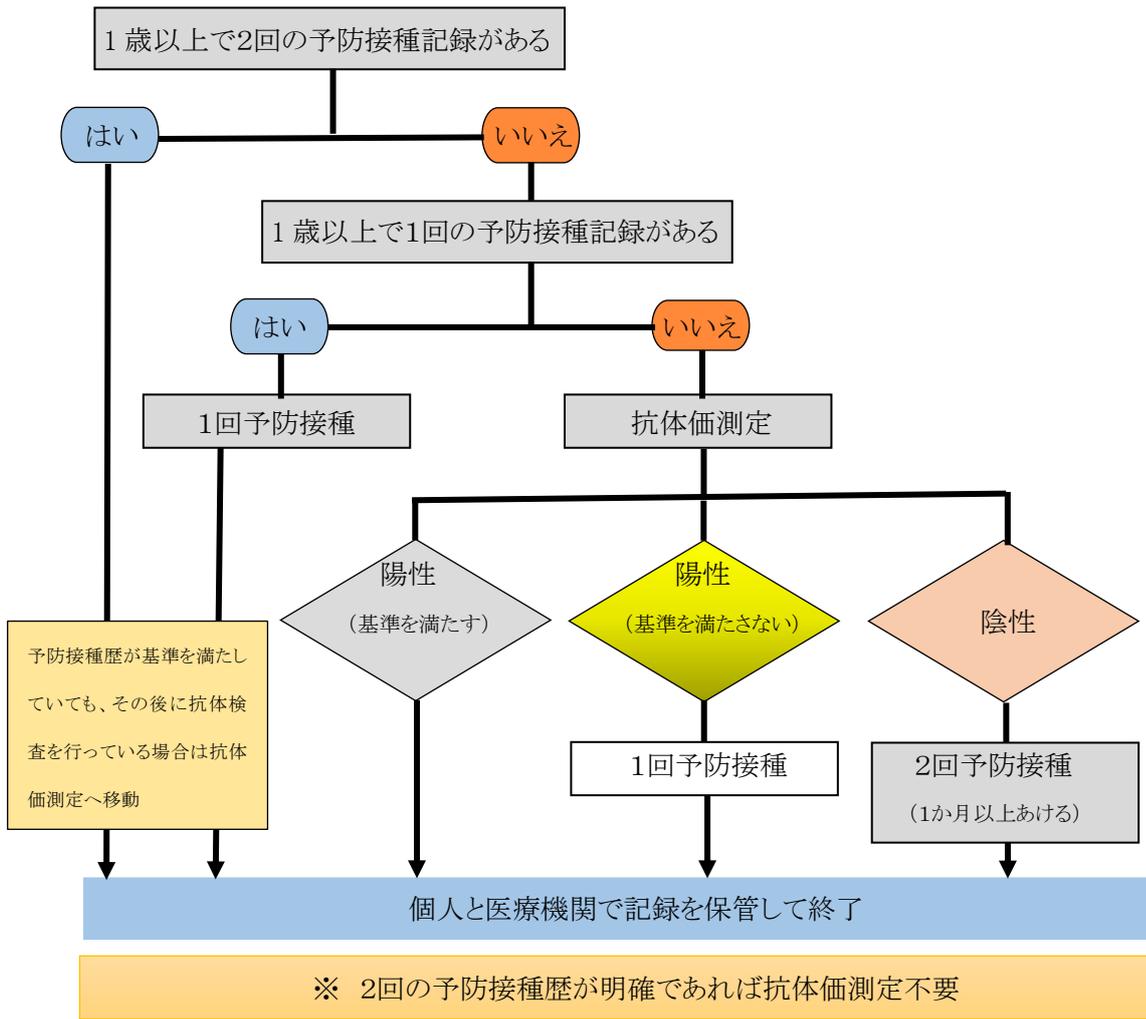
この文書についての問い合わせ先

福島県立ふくしま医療センターこころの杜検査科 0248(42)3111 内線 111

福島県立ふくしま医療センターこころの杜 ICT担当看護師 0248(42)3111 内線 220

福島県立ふくしま医療センターこころの杜 事務部委託業務事務担当 0248(42)3111 内線 104

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎のフローチャート



日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」より引用改変

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の発症を防ぐのに十分な血中抗体価の測定方法と判定基準

区分	測定方法	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
麻疹	IgG-EIA 法	陰性	±~16.0	16.0以上
	PA 法	< 1:16	1:16, 32, 64, 128	1:256以上
	NT 法	< 1:4	1:4	1:8以上
風疹	IgG-EIA 法	陰性	±~8.0	8.0以上
	HI 法	< 1:8	1:8, 16	1:32以上
水痘	IgG-EIA 法	< 2.0	2.0~4.0	4.0以上
	IAHA 法	< 1:2	1:2	1:4以上
	NT 法	< 1:2	1:2	1:4以上
流行性耳下腺炎	IgG-EIA 法	< 2.0	2.0~3.9	4.0以上

日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」より引用改変

(参考例)

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 感染対策証明書

(所属・氏名・生年月日は、受診前に本人が記入しておくこと)

所属 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____年____月____日

<医療機関の方へ>

福島県立ふくしま医療センターこころの杜

当院では感染対策のため、麻疹・風疹・水痘・ムンプスに対する免疫能があることの証明書の提出を求めています。

1歳以降に2回ワクチンを接種しているか、抗体検査で基準を満たしていることが必要です。ワクチンを2回接種していれば抗体検査は不要です。

ただし、抗体検査を行い、陰性なら2回、陽性だが基準に満たない場合は1回のワクチン接種が必要となります。

- ・ 接種の確認は、親子手帳や接種した医療機関の証明書を御確認いただき、記載をお願いします。
- ・ 検査方法、結果欄は、該当するものに☑をお願いします。

項目	検査年月日	検査方法	検査結果	ワクチン接種日	
麻疹	年 月 日	☐ EIA 法	抗体価 ()	① 年 月 日	
			☐陽性 4.0以上(+)	② 年 月 日	
風疹	年 月 日	☐ EIA 法 ☐ HI 法	抗体価 ()	① 年 月 日	
				EAI 法	HI 法
			☐陽性(+)	4.0以上	16以上
			☐擬陽性(±)	2.0~3.9	8
	☐陰性(-)	2.0未満	8未満	② 年 月 日	
水痘	年 月 日	☐ EIA 法	抗体価 ()	① 年 月 日	
			☐陽性 4.0以上(+)	② 年 月 日	
ムンプス	年 月 日	☐ EIA 法	抗体価 ()	① 年 月 日	
			☐陽性 4.0以上(+)	② 年 月 日	
			☐擬陽性 2.0~3.9(±)		
			☐陰性 2.0未満(-)		

上記の結果のとおりであることを証明する。

年 月 日

医療機関名
住 所
医 師 氏 名

印