

感染症免疫獲得状況調査票【新規採用職員用】 地方独立行政法人広島市立病院機構

受験番号	氏名 (ふりがな)	生年月日	職種 *該当する職種を○で囲んでください
	()	(西 暦) 年 月 日	医師・看護師・医療技術・事務

< 該当する口に、チェックをしてください >

表A

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘に関する状況 *フロー図を確認しながら記入してください

		麻 疹	風 疹	流行性耳下腺炎	水 痘	
ワクチン 接種日	第1回	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	
	第2回	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	
抗体価	検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	
	検査方法	EIA法 他の方法ではないこと	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> HI法 他の方法ではないこと	EIA法 他の方法ではないこと	EIA法 他の方法ではないこと	
	測定値					
	検査結果 <small>*別紙 フローチャート 参照</small>	<input type="checkbox"/> 陽性 (16.0以上)	<input type="checkbox"/> 陽性	EIA法 8.0以上	HI法 32以上	<input type="checkbox"/> 陽性 (4.0以上)
		<input type="checkbox"/> 偽陽性 (2.0~15.9)	<input type="checkbox"/> 偽陽性	2.0~7.9	8~16	<input type="checkbox"/> 偽陽性 (2.0~3.9)
<input type="checkbox"/> 陰性 (2.0未満)		<input type="checkbox"/> 陰性	2.0未満	8未満	<input type="checkbox"/> 陰性 (2.0未満)	

表B

B型肝炎に関する状況

*フロー図を確認しながら記入してください

3回接種で1シリーズとなります					最終の検査結果			
1シリーズ目 () 2シリーズ目 ()			測定日	西暦 年 月 日	測定日	西暦 年 月 日		
ワクチン接種日	1回目	西暦 年 月 日	検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 (10mIU/ml以上) <input type="checkbox"/> 陰性	(抗体価)測定値	数値を記入 (+) (-) 不可		
	2回目	西暦 年 月 日			検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 (10mIU/ml以上) <input type="checkbox"/> 陰性	(抗体価)測定値	数値を記入 (+) (-) 不可
	3回目	西暦 年 月 日						

【お読みください】

★抗体価検査やワクチン接種の証明書を添付してください

★入職時まで完了させてください

感染管理の観点より、必要な対応ができていない場合は、所属長に情報提供をする場合があります

● 生ワクチン (麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘) と 不活化ワクチン (B型肝炎ワクチン) の間隔

- ・生ワクチン後に、不活化ワクチン接種→ 間隔制限なし
- ・不活化ワクチン後に、生ワクチン接種→ 間隔制限なし
- ・生ワクチン後に、生ワクチン接種→ 27日以上の間隔が必要

● 複数のワクチンを、同時接種することも可能

2020年10月～
接種間隔のルール変更がありました。
入職までに免疫獲得完了して、安全な
状態で勤務を開始しましょう。

