

実習（見学）前感染症検査についてのお願い

当院では職員全員の健康の確保（もらわない）と院内感染予防（うつさない）の一環として、患者との接触有無に関わらず職員全員（外部委託並びにテナント従業員を含む）を対象に、入職前に必要なウイルス抗体価獲得およびワクチン接種の徹底を行っている。実習生（見学生）におきましても、日本環境感染学会による《医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版》に基づき、実習（見学）前に必要な免疫獲得（ウイルス抗体価獲得もしくは必要回数のワクチン接種）を完了していただくようお願いしています。

実習（見学）までに「必要なワクチン接種」もしくは「感染症抗体価検査」を実施完了していない場合、当院で実習（見学）することはできません。ご理解とご了承のほどお願いいたします。

【提出書類について】 ※提出書類はすべて返却できません。ご注意ください。

- ① 実習（見学）前感染症調査票：必ず当院指定の「感染症調査票」または「フォーマット」でご提出下さい。
また、別紙1, 2のフローチャートを必ず確認して下さい。
- ② 実習（見学）前感染症調査票を作成した際に使用した証明書等のコピー（施設名及び氏名は必ず記載のこと）
 - ◇ ワクチン接種を証明する「母子手帳」や「医療機関等の証明書」の写し（ワクチンの種類、ワクチン接種日が記録されたもの）
 - ◇ 感染症抗体価を証明する「検査結果」や「医療機関等の証明書」の写し（抗体検査方法、抗体価、検査実施日が記録されたもの）

【注意事項】

- ① ワクチン接種歴や検査結果の証明になるものの提出がない場合、接種歴や検査結果歴として見なすことができません。施設名や氏名の記載のない場合についても同様の扱いと致します。
- ② **抗体価検査は当院指定の検査方法で実施して下さい。指定以外の検査方法の場合、再検査が必要となる場合がありますので、十分にご確認ください。**
- ③ ワクチン接種は接種間隔を27日以上空けなければならないものもあります。十分余裕を持ち受診されるようお願いいたします。
- ④ ワクチン接種禁忌であれば、その理由を調査票に記載して下さい。但し、抗体価検査は実施して下さい。
- ⑤ 提出期限までに基準を満たさない場合は、その時点での免疫獲得状況を記載し提出して下さい。提出後、ワクチン接種または抗体価検査を受けられた際は、それを証明する書類の写しを**必ず**提出して下さい。

【提出先】 飯塚メディコラボ事務局（Mail：koubou@aih-net.com）へ提出。（**医務室は提出先ではありません**）

【提出期限】 **実習（見学）日の1ヶ月前まで必着（期限厳守）**

飯塚病院で「抗体価検査」および「ワクチン接種」を希望される場合

感染症科（ワクチン・トラベル外来） **※予約制** TEL：0948-29-8916 /月～金 13:30～16:00
★ホームページ内で料金確認・事前予約が出来ます。
ホームページで予約される場合は、備考欄に「実習前」と入力してください。
また、受診時は「実習前感染症調査票」、検査結果、各種証明書を持参してください。

【お問い合わせ】 平日午前9時～17時

- ① 感染症調査（ワクチン接種および抗体価検査）に関する件： 人事課 医務室担当
 - ◇ Mail：imushitsu@aih-net.com ， 緊急連絡先：0948-29-8228（直通）
- ② 上記以外に関する件
 - ◇ 飯塚メディコラボ事務局（飯塚病院イノベーション推進本部）担当者へ Mail：koubou@aih-net.com

【実習(見学)前感染症調査票】(記入例)

所属施設(学校)名 _____

氏名 飯塚 花子

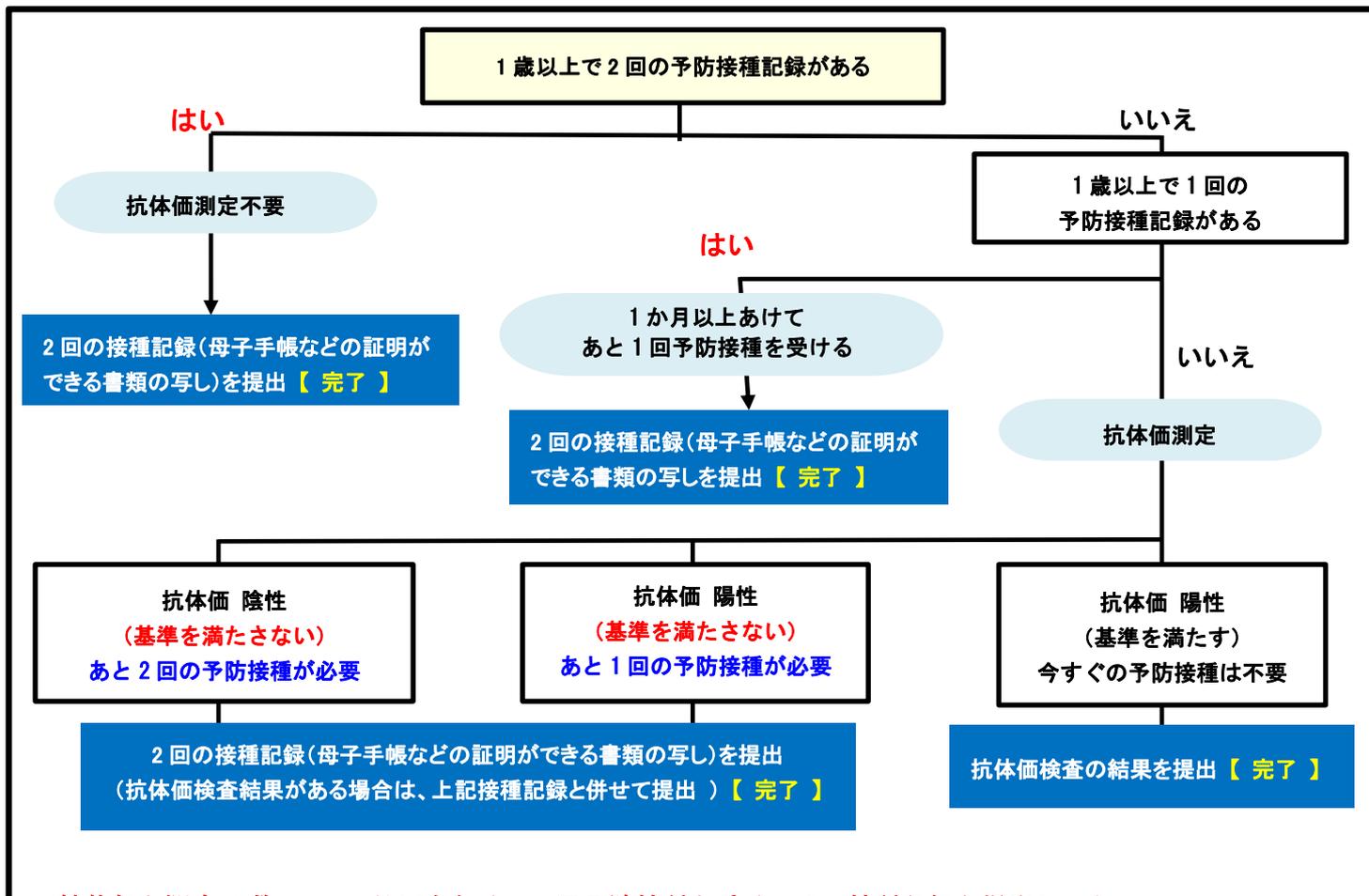
実習(見学)期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

※日付は西暦で記入をお願いします。

	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎	B型肝炎
ワクチン接種の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に接種日を記載) <input checked="" type="checkbox"/> 1シリーズ <input type="checkbox"/> 2シリーズ <input type="checkbox"/> 3シリーズ
ワクチン接種日(西暦で記載)	1回 1999 年 9 月 27 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	1回 2018 年 5 月 15 日 2回 2020 年 8 月 1 日 3回 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	【1シリーズ】 1回目 2015 年 5 月 8 日 2回目 2015 年 6 月 8 日 3回目 2015 年 10 月 15 日 【2シリーズ】 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日
罹患歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (「有」の方のみ下記の「罹患日」に記載して下さい)	【B型肝炎キャリア】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有
罹患日(西暦で記載して下さい)	年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 日付不明	年 月 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	2000 年 1 月 20 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	年 月 日 <input type="checkbox"/> 日付不明	
抗体価検査日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日	2020 年 1 月 24 日
検査方法(陽性基準) ※検査方法は、右記のものでお願いします	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 IgG(16.0以上) <input type="checkbox"/> PA法(1:256以上) <input type="checkbox"/> 中和法(1:8以上) ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照 抗体価検査結果「7.6」は陽性基準を満たしていないため、あと1回ワクチン接種が必要	<input type="checkbox"/> HI法(1:32以上) <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 IgG(8.0以上) <input type="checkbox"/> _____ ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 IgG(4.0以上) <input type="checkbox"/> IAHA法(1:4以上) <input type="checkbox"/> 中和法(1:4以上) <input type="checkbox"/> 水痘抗原皮内テスト(5mm以上) ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照。	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 IgG(4.0以上) <input type="checkbox"/> _____ ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙1)を参照。	【HBS抗体(定量)】 <input type="checkbox"/> CLIA法(10mIU/mL以上) <input type="checkbox"/> EIA法(10mIU/mL以上) <input type="checkbox"/> RIA法(10mIU/mL以上) <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法(10mIU/mL以上) ★上記の数値を満たさない場合は、フローチャート(別紙2)を参照。
抗体価検査値	7.6	7.0	10.4	15.4	0.04
追加ワクチン接種日(西暦で記載)	1回目 2020 年 2 月 20 日 2回目 年 月 日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	1回目 2020 年 1 月 26 日 2回目(1回目より1か月後) 2020 年 2 月 26 日(予定) 3回目(1回目より6か月後) 2020 年 6 月 26 日(予定)

※【実習(見学)前感染症調査票】を記入する際に使用した、証明書等のコピーを添付して下さい。この調査票を実習(見学)開始前までに実習(見学)担当者に提出してください。以上の手続きが終了していない場合は、実習(見学)を許可出来ません。ワクチン接種が出来ない特別な理由がある者は、実習(見学)担当者に理由書を提出してください。

改訂日:2023年7月1日



※抗体価を測定せずに、1ヶ月以上あけて2回予防接種を受け、その接種記録を提出してもよい。

＜麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ抗体価と必要な予防接種回数(予防接種の記録がない場合)＞

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上 16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上 8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上 45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上 30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上 45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上 14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上 3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上 30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上 25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL未満
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上 4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上 4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔAは、ペア穴の吸光度の差(陰性の場合、国際単位への変換は未実施)

風疹HI法: なお、1:8以下の場合、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

A: デンカ生研株式会社(ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG): なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B: シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス(エンザイグノストB風疹/IgG): なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

C: シスメックス・バイオメリュー株式会社(バイダスアッセイキットRUB IgG): なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

D: 極東製薬工業株式会社(ランピアラテックスRUBELLA): なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

E: ベックマン・コールター株式会社(アクセスルベラIgG): なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

F: 株式会社保健科学西日本(i-アッセイCL風疹IgG): なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

G: バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社(BioPlex MMRV IgG): なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

H: バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社(BioPlex ToRC IgG): なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

I: アボットジャパン株式会社(Rubella-Gアボット): なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

* 第5期定期接種は、2019年～2022年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

