2016年1月28日

各位

埼玉医科大学国際医療センター

病院長

**ウイルス抗体検査とワクチンの接種について**

　当院では病院実習を受け入れるにあたり、学生に病院の重要な事項である「感染対策」へのご協力を次のとおり、お願いしております。

　病院内での実習中には、さまざまな病原微生物への曝露が想定されますが、いくつかのウイルス疾患の感染

防止には、ワクチン接種が極めて有効な防御手段とされております。

　対象となるウイルスには、Ｂ型肝炎、麻疹・水痘・風疹・ムンプス（流行性耳下腺炎）などがあります。学

生・実習生がこれらのウイルス感染症を発症すると、自分自身の健康を害するだけでなく、Ｂ型肝炎を除くウイルス疾患では、多くの患者さんに感染させてしまう恐れがあります。

また、今後医療機関での就業を希望されている学生におかれましては、各ウイルス抗体価の確認をすること、

基準値に満たない場合には前もってワクチン接種を受けることは必須であり、決して無駄になるものでは無いと考えます。

ワクチン接種回数が2回に満たない方は（B型肝炎を除く4種）これらのウイルスに対する抗体検査を事

前に受けていただき、十分な抗体価を有していない方はワクチン接種をお願いいたします（別紙参照）。Ｂ型

肝炎についても、実習者の感染予防の点から、事前のワクチン接種をつよく推奨いたします。

当院の方針を十分にご理解いただき、3日間以上の実習を予定されている方は、別紙「抗体検査およびワク

チン接種自己申告書」にご記入の上、ご返送ください。なお、麻疹・水痘・風疹・ムンプスについては、ワク

チン接種が2回に満たず、かつ抗体検査が未実施の方や、十分な抗体を有していないにもかかわらず、ワクチ

ン接種がなされていない方は、（抗体価が十分でなくても、ワクチン接種歴が２回あれば、追加のワクチン接

種は不要です）実習をお断りすることがあります。なお、アレルギー等の医学的理由がある場合は、この限り

ではありません。

抗体検査については、実習予定日より4年以内に実施したものとします（検査方法にも注意）。

さらに、冬季にはインフルエンザワクチンの接種を推奨していますので、併せてご協力をいただけますよう

お願いいたします。

**【抗体検査およびワクチン接種自己申告書】　実習受入部署担当者　　　　印**

埼玉医科大学国際医療センター　病院長　殿

 報告日：西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ：****氏　名：** | **生年月日：**西暦　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 男 ・ 女 |
| **実習予定部署：** | **実習予定期間：**　　 年　 　 月　 　 日　～　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| **１．ウイルスワクチン接種歴および抗体検査結果（※検査法に注意、CF法は不可です！**） |
| **項目** | **ワクチン****接種歴**※ | **接種1回目** | **接種2回目** | **抗体検査日** | **検査方法** | **結果値** | **十分な抗体の****有無**※ |
| **麻疹** | 有無 | 西暦年　月　　日 | 西暦年　　　 　　月　　日 | 西暦　　　　年　　　  月　　日 | EIA法 |  | 有　　無 |
| PA法 |  | 有　　無 |
| NT法 |  | 有　　無 |
| **風疹** | 有無 | 年月　　日 | 年　月　　日 | 年 　 月　　日 | HI法 |  | 有　　無 |
| EIA法 |  | 有　　無 |
| **水痘** | 有無 | 年　　月　　日 | 年　月　　日 | 年 月　　日 | EIA法 |  | 有　　無 |
| IAHA法 |  | 有　　無 |
| **ムンプス＊1** | 有無 | 年月　　日 | 年　月　　日 | 年 月　　日 | EIA法 |  | 有　　無 |
| **Ｂ型肝炎ワクチン接種歴： 有**　　　　　　　**無**（罹患歴がない場合）＊2 |
| **＊1.流行性耳下腺炎　　＊2.罹患歴もなくワクチン接種歴もないという意味**※ワクチン接種歴は母子手帳や接種証明書で確認されたものとする。接種歴が不明な場合は“なし（無）”とみなす。※抗体価が十分かどうかは下記表（十分な抗体価の基準）を参照のこと。各疾患に未罹患であり、2回のワクチン接種歴がなく（B型肝炎除く）、かつ抗体検査の結果より抗体価が不十分な場合は、ワクチン接種がすすめられます。 |

|  |
| --- |
| **2.　インフルエンザワクチン実施状況　（12月～3月までの実習の場合、必須ではありませんが推奨されます。）** |
| **インフルエンザワクチン接種** 済み　・　未接種 | **ワクチン接種日**　　　　　 年　　　　　月　　　 |

|  |
| --- |
| **3.　抗体検査の方法と抗体価の判断基準** |
| 検査項目 | 検査法 | 十分な抗体価の基準 | 検査項目 | 検査法 | 十分な抗体価の基準 |
| 麻疹抗体 | EIA法 | 16以上（IgG） | 水痘抗体 | EIA法 | 陽性（4以上、IgG） |
| PA法 | 256以上 |
| NT法 | 8倍以上 | IAHA法 | 1:8以上 |
| 風疹抗体 | HI法 | 32倍以上 | ムンプス抗体 | EIA法 | 陽性（4以上、IgG） |
| EIA法 | 8以上（IgG） | HBs抗体 | HBs抗体価精密測定 |  |
| **注意）**麻疹・風疹・水痘・ムンプス抗体で**CF法は不可。**HBｓ抗体は**凝集法不可**。　総務課受付印ムンプス抗体の陽性基準値は検査会社で異なる。**※アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない方は、その旨を記載のこと。**　〔理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

Ver.１