

ウイルス抗体価・ワクチン接種歴申告書

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
------------	-----	------	-----------------

項目	検査法	基準値	検査日 (西暦)	抗体価	ワクチン接種日 (西暦)	
麻疹	EIA法	16.0以上			1回目	
					2回目	
風疹	HI法	32倍以上			1回目	
	EIA法	8.0以上			2回目	
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	EIA法	4.0以上			1回目	
					2回目	
水痘	EIA法	4.0以上			1回目	
					2回目	
B型肝炎 HBs抗体	CLIA CLEIA	10.0以上			1回目	
					2回目	
					3回目	

※基準値は、日本感染環境学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」に基づくものです。

- I. ①麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘の抗体価は最新のを記載してください。
 ②B型肝炎の抗体価は過去10.0mIU/ml以上あった場合はその値を、過去10.0mIU/ml以上ない場合は最新のを記入してください。
- II. 検査結果のコピーとワクチン接種を受けたことを証明する書類のコピー（母子手帳の予防接種歴のページや、ワクチン名と接種日が記載された証明書、等）を添付してください。

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘 ワクチン接種のフローチャート

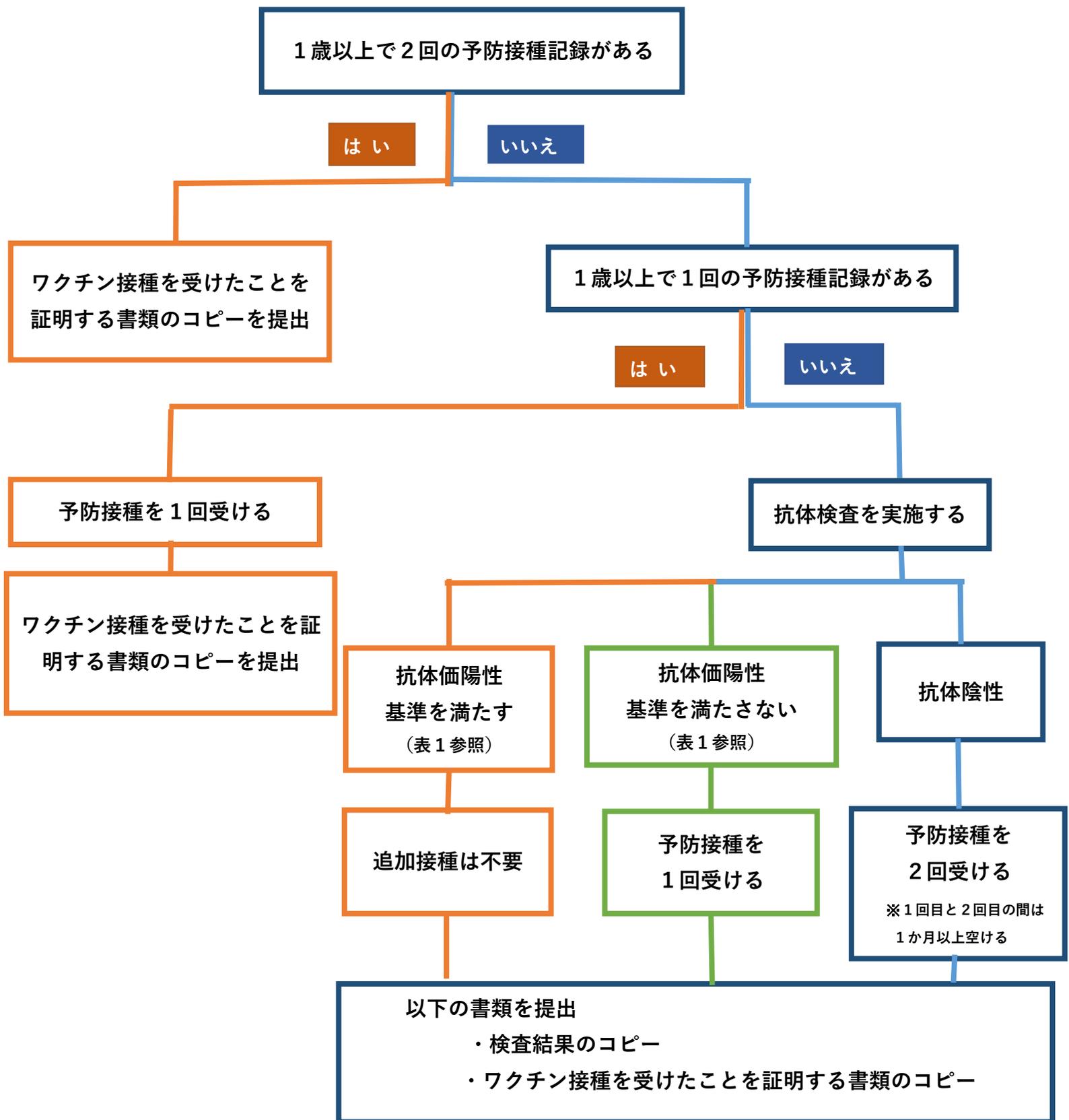


表1 抗体価の考え方 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドラインより

ウイルス	検査法	陰性	陽性：一般	陽性：医療関係者
		(-)	(±) ~ (+)	(+)
麻疹	E I A 法	2.0未満	2.0以上	16.0以上
風疹	H I 法	8倍未満	8倍以上	32倍以上
	E I A 法	陰性	8.0未満	8.0以上
流行性耳下腺炎	E I A 法	2.0未満	2.0以上	4.0以上
水痘	E I A 法	2.0未満	2.0以上	4.0以上
HBs抗体	C L I A 法	10.0未満		10.0以上