

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日	職種	所属機関名
男 ・ 女	年 月 日		

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 _____ 印

年 月 日

医療機関名 _____

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. 別紙1の#2-(2), #3-(2)に該当する方へ勧告対象となるHBV(B型肝炎)について

1シリーズ接種しても基準値未満(0~9.9 mIU/mL)の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。(接種が終了しない場合は、別紙2のリスクについてご理解が必要です。ご検討の上、立ち入る場合は“抗体価検査”に関する項目のみご提出ください。)

		1シリーズ目 ワクチン接種日			
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日
		抗体価検査			
B型 肝炎	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満	基準値 以上
				検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
	(西暦)	年		□ 0~9.9	□ 10以上
	月	日			
		□ EIA法			
		□ CLIA法			
		□ RIA法			
		□ CLEIA法			
		2シリーズ目 ワクチン接種日			
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日

裏面に続きます

フリガナ	
氏名	

2. 別紙1の#2-(2), #3-(2), #4-(2)に該当する方へ勧告対象となる
4種(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)ウイルスについて

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、**必要に応じて追加接種を行ったうえ**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること
	●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない	●検査せず①2回のワクチン接種でもよい ●検査前のワクチン接種歴は①に記載	検査日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陽性		
						陰性	基準値未満	
						必要な追加対応※2		
						合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
風疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> HI法 <input type="checkbox"/> EIA法 (γ-γ生研) <input type="checkbox"/> EIA法 (IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法 (AD) <input type="checkbox"/> FIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	<input type="checkbox"/> 8未満 <input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> ΔA0.100未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 6IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 抗体価 4未満 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 8~16 <input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 25IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
水痘	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	クスノキ タロウ
氏名	楠木 太郎

性別	生年月日	職種	所属機関名
男・女	1998年 4月 25日	看護師	

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 神戸 花子



2021年 3月 25日

医療機関名 神戸内科医院

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. 別紙1の#2-(2), #3-(2)に該当する方へ勧告対象となるHBV(B型肝炎)について

1シリーズ接種しても基準値未満(0~9.9 mIU/mL)の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。(接種が終了しない場合は、別紙2のリスクについてご理解が必要です。ご検討の上、立ち入る場合は“抗体価検査”に関する項目のみご提出ください。)

1シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	2017	年	4月 6日
2回目	(西暦)	2017	年	5月 19日
3回目	(西暦)	2017	年	10月 13日
抗体価検査				
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
(西暦) 2017年 11月 27日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input checked="" type="checkbox"/> 10以上
	<input checked="" type="checkbox"/> CLIA法	1000		
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> CLEIA法			
2シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日

裏面に続きます

2. 別紙1の#2-(2), #3-(2), #4-(2)に該当する方へ勧告対象となる
4種(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)ウイルスについて

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2						必要な追加対応(左記)に従い、検査後の接種日を記載すること
		検査日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
						基準値未満	基準値以上	
	●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない	●検査せず①2回のワクチン接種でもよい ●検査前のワクチン接種歴は①に記載				必要な追加対応※2 合計2回になるよう接種 検査後に1回接種 対応不要		
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 2015 年 3月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT(中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input type="checkbox"/> HI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法(テノカ生研) <input type="checkbox"/> EIA法(IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法(IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法(抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法(AI) <input type="checkbox"/> FIA法(IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	0.2未満 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> ΔA0.100未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 6IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 抗体価4未満 <input type="checkbox"/> 抗体価1.0AI未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 8~16 <input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価1.0~2.9AI <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 2021 年 3月 5日
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT(中和法)	5.6 2未満	<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法	3.5 2未満	<input type="checkbox"/> 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 年 月 日

1. 場所：病棟・低侵襲棟・外来棟の各診療部門および検査部門への立ち入り

(1) なし

ワクチン関連書類の提出は不要

(例：会場がシスメックスホール、神緑会館
地域活性化センターのみ等の場合)

(2) あり

2. 患者との接触、病室への入室の有無

(1) なし

(2) あり

4種ウイルスとHBV

ワクチン関連書類の提出が必要

3. 血液・体液曝露の可能性の有無

(1) なし

(2) あり (例：内視鏡処理等)

4種ウイルスとHBV

ワクチン 関連書類の提出が必要

* 4種ウイルス：麻疹、風疹、水痘、
流行性耳下腺炎を指します。

* # 2-(2), # 3-(2)
に該当するにも拘らず、
HBVワクチン接種が実習等の
開始までに完了できない場合は、
**血液・体液曝露時のリスクに
関する理解**が必要です。別紙2の
血液・体液曝露時の対応フロー
チャートを実習生等の派遣元で
確認した上で、実習等を行うか
見合わせるかについてご検討
ください。

4. 1年の期間内で、0.5日を単位として2.0日を

(1) 超過しない

ワクチン関連書類の提出は不要

(例：院内研修会・会議等に参加する部外者、
監査目的で立ち入る部外者等)

(2) 超過する

**4種ウイルス
ワクチン関連書類
提出が必要**

血液・体液曝露時の対応フローチャート
 (当院の場合：院内感染対策マニュアルより抜粋)

血液・体液により針刺し・切創、粘膜・皮膚曝露の発生

速やかに曝露部位を十分に洗う

曝露源が明確な場合

曝露源が不明の場合

HBs抗原(+) + HCV抗体(+) + HIV抗原・抗体(+) として扱う。

曝露源の
HBs抗原、HCV抗体、HIV抗原・抗体
すべて(-)

曝露源の
HBs抗原(+)

曝露源の
HCV抗体(+)

曝露源の
HIV抗原・抗体(+)

曝露者の
HBs抗体(+)
HBs抗原(-)

曝露者の
HBs抗体(-)
HBs抗原(-)

*曝露者のHBs抗原
(+)の場合、医療機関
へ連絡する

できる限り早く
抗HIV薬の予防内服開始

有症状時には受診

**HBIG(48時間以内が望ましい)2回
あるいは、1回+HBワクチン(計3回)**

通常曝露後予防は行わない
*ただし、曝露状況によっては
予防内服が必要な場合がある。

6(～12)か月間、医療機関で経過観察が必要とされる

- * HBs : B型肝炎ウイルス
- * HCV : C型肝炎ウイルス
- * HBIG : ヒト血液中のHBs抗体を製剤化したもの。