実習・研修・見学等の内容別ワクチン関連書類　提出分類

別紙1

＃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

＃３．血液・体液曝露の可能性の有無

（１）なし

＃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

（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

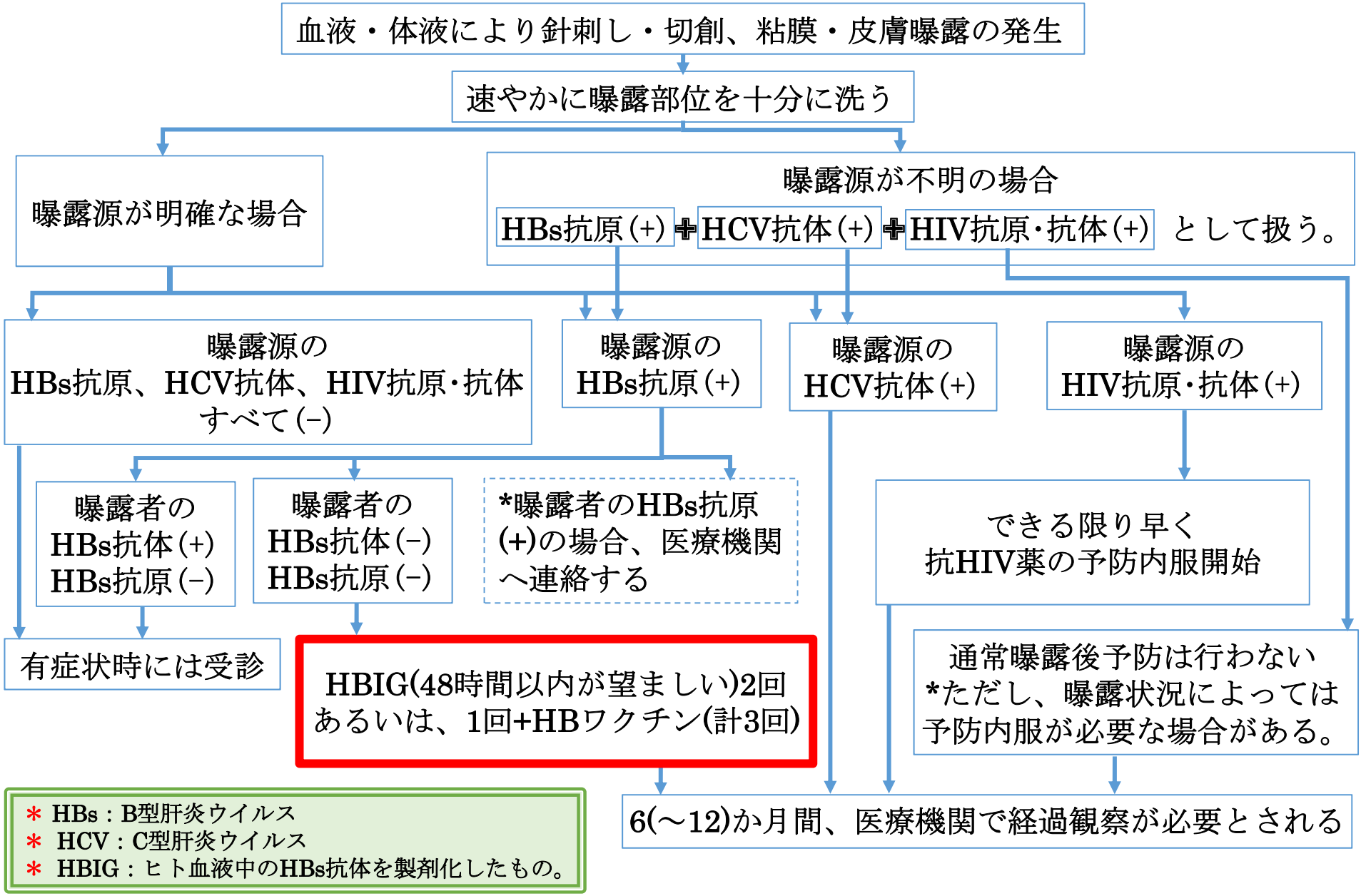
（２）あり
4種ウイルスとHBV
ワクチン関連書類の提出が必要

＊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。

別紙2

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）



別紙３

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。）

B型肝炎	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				
	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） 年 月 日	☐ EIA法		☐ 0～9.9	☐ 10以上
		☐ 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	

別紙３

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 ●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	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 検査日 ●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	陽性 基準値以上	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
					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	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～15.9	☐ 16以上	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日
			☐ PA法		☐ 16未満	☐ 16～128	☐ 256以上	
			☐ NT（中和法）		☐ 4未満	☐ 4	☐ 8以上	
風疹	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦） 年 月 日	☐ HI法		☐ 8未満	☐ 8～16	☐ 32以上	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日
			☐ EIA法（ﾃﾞﾝｶ生研）		☐ 2未満	☐ 2～7.9	☐ 8以上	
			☐ EIA法（IU）		☐ ΔA0.100未満	☐ 30IU/mL未満	☐ 30IU/mL以上	
			☐ ELFA法		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～44.9IU/mL	☐ 45IU/mL以上	
			☐ LTI法		☐ 6IU/mL未満	☐ 6I～29.9IU/mL	☐ 30IU/mL以上	
			☐ CLEIA法（IU）		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～44.9IU/mL	☐ 45IU/mL以上	
			☐ CLEIA法（抗体価）		☐ 抗体価 4未満	☐ 抗体価 4～13.9	☐ 抗体価 14以上	
			☐ FIA法（AI）		☐ 抗体価 1.0AI未満	☐ 抗体価 1.0～2.9AI	☐ 抗体価 3.0AI以上	
			☐ FIA法（IU）		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～29.9IU/mL	☐ 30IU/mL以上	
			☐ CLIA法		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～24.9IU/mL	☐ 25IU/mL以上	
水痘	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦） 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日
			☐ IAHA法		☐ 2未満	☐ 2	☐ 4以上	
			☐ NT（中和法）		☐ 2未満	☐ 2	☐ 4以上	
流行性耳下腺炎	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦） 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日

記入見本

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。

神戸内科医院病院長之印

医師名　神戸　花子　印

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。）

B型肝炎	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	☐ EIA法		☐ 0～9.9	☑ 10以上
		☑ CLIA法	1000		
		☐ 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

記入見本

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 ●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	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 検査日 ●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	陽性 基準値以上	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
					必要な追加対応※2 合計2回になるよう接種	必要な追加対応※2 検査後に1回接種	必要な追加対応※2 対応不要	
麻疹	☐ 接種なし （西暦）1999 年 6月 3 日 （西暦）2015 年 3月 13 日	☑ 検査なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～15.9	☐ 16以上	☐ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日
			☐ PA法		☐ 16未満	☐ 16～128	☐ 256以上	
			☐ NT（中和法）		☐ 4未満	☐ 4	☐ 8以上	
風疹	☑ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦）2021 年 1月 5 日	☐ HI法		☐ 8未満	☐ 8～16	☐ 32以上	☐ 接種なし （西暦）2021 年 2月 5 日 （西暦）2021 年 3月 5 日
			☑ EIA法（ﾃﾞﾝｶ生研）	0.2未満	☑ 2未満	☐ 2～7.9	☐ 8以上	
			☐ EIA法（IU）		☐ ΔA0.100未満	☐ 30IU/mL未満	☐ 30IU/mL以上	
			☐ ELFA法		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～44.9IU/mL	☐ 45IU/mL以上	
			☐ LTI法		☐ 6IU/mL未満	☐ 6I～29.9IU/mL	☐ 30IU/mL以上	
			☐ CLEIA法（IU）		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～44.9IU/mL	☐ 45IU/mL以上	
			☐ CLEIA法（抗体価）		☐ 抗体価 4未満	☐ 抗体価 4～13.9	☐ 抗体価 14以上	
			☐ FIA法（AI）		☐ 抗体価 1.0AI未満	☐ 抗体価 1.0～2.9AI	☐ 抗体価 3.0AI以上	
			☐ FIA法（IU）		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～29.9IU/mL	☐ 30IU/mL以上	
			☐ CLIA法		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～24.9IU/mL	☐ 25IU/mL以上	
水痘	☑ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦）2021 年 1月 5 日	☑ EIA法	5.6	☐ 2未満	☐ 2～3.9	☑ 4以上	☑ 接種なし （西暦） 年 月 日 （西暦） 年 月 日
			☐ IAHA法		☐ 2未満	☐ 2	☐ 4以上	
			☐ NT（中和法）		☐ 2未満	☐ 2	☐ 4以上	
流行性耳下腺炎	☐ 接種なし （西暦）1999 年 6月 3 日 （西暦） 年 月 日	☐ 検査なし （西暦）2021 年 1月 5 日	☑ EIA法	3.5	☐ 2未満	☑ 2～3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし （西暦）2021 年 2月 5 日 （西暦） 年 月 日