

2019年9月18日

研修依頼施設 御中

埼玉医科大学総合医療センター
病院長 堤 晴彦

ウイルス抗体価検査とワクチン接種についてのお願い

拝啓 時下益々ご清祥のことと、お慶び申し上げます。

さて、当院では、病院研修を受け入れるに当たり、「院内感染予防対策」として、以下のようなお願いをさせていただいております。

病院内では、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では、ワクチン接種が極めて有効な防御手段となることがあり、当院では、対象となるワクチン接種（抗体価測定含む）を積極的に推奨し、職員が感染源とならないよう対応しております。これらの疾患が職員および研修生から発症した場合、発症者自身の健康を害するだけでなく、多くの患者さんに感染させてしまう可能性がございます。故に、当院での研修をされる皆様においても、3日以上の研修をされる研修生に対しては、研修が開始される前に、別紙「抗体検査およびワクチン接種自己申告書」のご提出をお願いしておりますので、ご理解・ご協力のほど、お願い申し上げます。なお、ご提出していただいた書類は、抗体価およびワクチン接種状況等をこちらで確認させていただきます。基準に満たない場合は、研修中の対応について個別にお願いする場合がございますのでご了承ください。

目的：院内へウイルス性疾患を持ちこまない（医療従事者が感染源とならない）。

対象：麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘

基準：ワクチン接種2回または抗体価基準値以上(別紙参照)

注意事項

- ①抗体検査においては、研修予定日より4年以内実施されたものといたします。
- ②ワクチン接種においては、母子手帳等確認ができることが前提となります。

提出先：埼玉医科大学総合医療センター 薬剤部

提出期限：研修開始2週間前まで

問い合わせ先：研修申込み部署

埼玉医科大学総合医療センター薬剤部 TEL：049-228-3543

敬具

この書類は、研修開始 2 週間前までに研修を行う部署責任者へご提出ください

【抗体検査およびワクチン接種自己申告書】

総務課③	診療科・署責任者①④	感染制御室②
※報告書提出および確認順序①→④へ 最終保管場所④		

埼玉医科大学総合医療センター
病院長 殿

報告日 : 西暦 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 西暦 年 月 日生 男・女
研修予定部署	研修予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (合計 日間)

1. ウイルスワクチン接種歴および抗体検査結果 (検査方法に注意 CF 法は不可)

検査項目	ワクチン接種回および接種日	抗体検査日	検査法および結果	※結果判定
麻疹	無・有 1回目 年 月 日	年 月 日	EIA 法 ()	
	2回目 年 月 日		PA 法 ()	
			NT 法 ()	
風疹	無・有 1回目 年 月 日	年 月 日	HI 法 ()	
	2回目 年 月 日		EIA 法 ()	
水痘	無・有 1回目 年 月 日	年 月 日	EIA 法 ()	
	2回目 年 月 日		IAHA 法 ()	
流行性耳下腺炎	無・有 1回目 年 月 日	年 月 日	EIA 法 ()	
	2回目 年 月 日			
※ ¹ B型肝炎	ワクチン接種 無 有 (罹患者 無 有)	検査値 ()		

※1 患者のベッドサイドでの研修を行う場合は必要。

抗体検査の方法と抗体価の判断基準

麻疹抗体	EIA 法 IgG 16.0 以上	水痘	EIA 法 IgG 4.0 以上
	PA 法 1:256 以上		IAHA 法 1:4 以上
	NT 法 1:8 以上	流行性耳下腺炎	EIA 法 (IgG) 陽性
風疹	HI 法 1:32 以上	HBs 抗体	HBs 抗体価精密測定
	EIA 法(IgG) 8.0 以上		10mIU/mL 以上

2. インフルエンザワクチン実施状況 ※ 12月~3月までの研修の場合、必須ではありませんが推奨します。

インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 無 : 接種の証がない場合 ワクチン接種日: 年 月 日
---------	--