

# 受入研修 感染対策証明書

年 月 日

岡山大学病院 造血幹細胞移植医療体制整備事業  
代表 前田 嘉信 殿

(申請者)

所属機関 \_\_\_\_\_

所属部署 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(所属長承認欄)

造血幹細胞移植医療の研修を受けるにあたり、  
上記申請者の感染対策項目について下記のとおり  
確認いたしました。

役 職 \_\_\_\_\_

所属長氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 記

### 4種ウイルス

各疾患ごとに (1) または (2) のどちらかを選択してください。ワクチン接種の確認は親子手帳や接種した医療機関の証明書をご確認の上、記載をお願いします。該当する結果に○をしてください。

(1) ワクチン接種2回		(2) 抗体検査と結果に応じたワクチン接種				
項目	ワクチン接種日(西暦)	検査日(西暦)	検査方法	測定値	結果	ワクチン接種日(西暦)
麻疹	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす) 陽性(基準以下)・陰性	① 年 月 日
	② 年 月 日					② 年 月 日
風疹	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす) 陽性(基準以下)・陰性	① 年 月 日
	② 年 月 日					② 年 月 日
水痘	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす) 陽性(基準以下)・陰性	① 年 月 日
	② 年 月 日					② 年 月 日
ムンプス	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす) 陽性(基準以下)・陰性	① 年 月 日
	② 年 月 日					② 年 月 日

### B型肝炎

HBs抗体 陽性規準 10mIU/ml以上。実際の値の記載と該当する結果に○をしてください。  
B型肝炎ワクチンシリーズ(全3回接種)を完了した時期を以下に記載すること。

B型肝炎	HBs抗体 検査日 年 月 日 測定値 陽性・陰性
	3回目のワクチン接種時期 年 月

### 結核検査の報告

IGRA検査(クオンティフェロンorT-SPOT)及び胸部X線検査を行い、検査方法、結果等を様式に従い記載ください。

IGRA	検査日(西暦) 年 月 日	検査方法	測定値	結果 陽性・陰性・判定保留
	胸部X線	撮影日(西暦) 年 月 日	診断日 年 月 日	結果(所見) 所見なし 上記の通り、研修可能と認めます。 印

### インフルエンザ ※10月~2月の期間を含む場合のみ、ワクチン接種必要

※申請時に、ワクチン接種ができない場合は、接種予定日をご記載ください。後に、原本を提出される際、接種日の記載をお願いします。

インフルエンザ	接種日(西暦) 年 月 日	※接種予定日 年 月 日
---------	---------------	--------------

- ※注意
- ・異常を認めた場合は、精密検査を要求することがあります。
  - ・胸部X線画像診断は、既就労者は必ず受入日から3ヶ月以内の画像を用いること。
  - ・検査結果(4種ウイルス抗体価、HBs抗体価、IGRA測定値)のコピーを添付送信すること。
  - ・この証明書は、提出日から逆算して3ヶ月以内に作成してください。

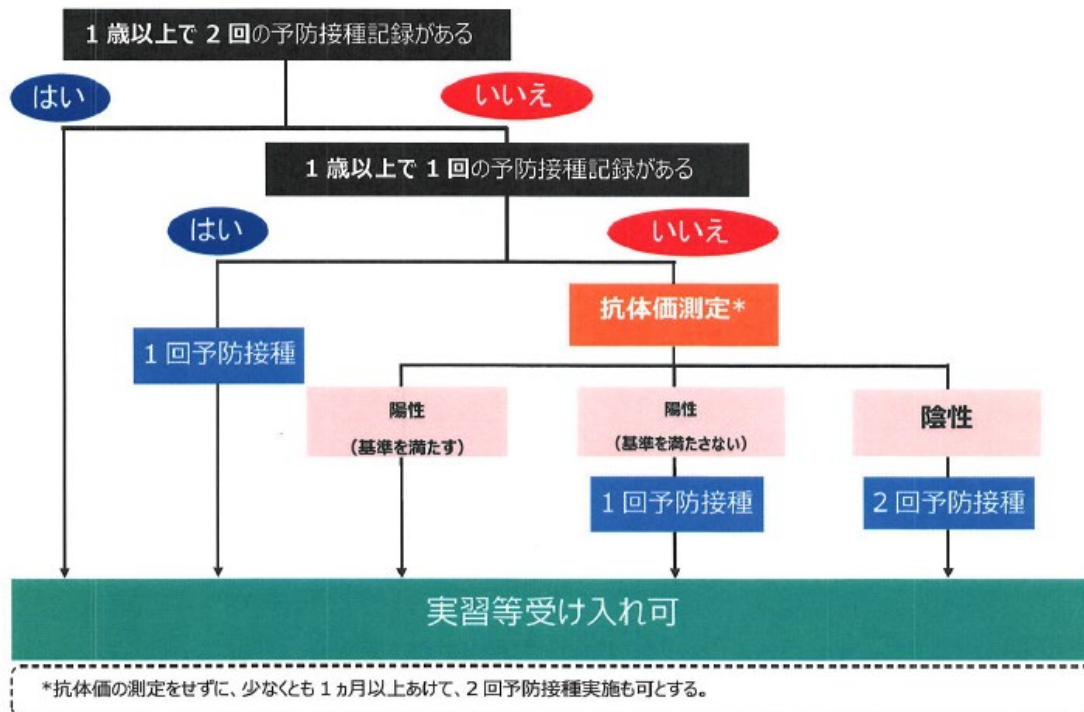
## 感染対策に係る抗体価検査の証明について(依頼)

当院では感染対策のため4種のウイルス《麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（ムンプス）》とB型肝炎に関する免疫能があること、及び活動性結核を有しないことを証明した証明書の提出を求めています。

4種のウイルスに関しては、今までに2回以上ワクチンを接種しているか、18歳以降に抗体検査などを行っており、基準（表：ウイルス4疾患の検査方法と判断基準の目安）を満たしていることが必要です。ワクチンを2回接種していたらその後の抗体価検査は不要です。

B型肝炎に関しては、抗HB s 抗体価が10mIU/ml以上であること、またはB型肝炎ワクチンを3回以上接種していることを確認して、証明してください。

### 【実習等受け入れに係るウイルス感染症ワクチン接種のフローチャート】



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第2版」より引用改変

表. ウイルス4疾患の検査方法と判断基準の目安

疾患名	検査方法	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
麻疹	EIA法(IgG)推奨	陰性	±~16.0	16.0以上
	PA法	<1:16	1:16、32、64、128	1:256以上
	NT法	<1:4	1:4	1:8以上
風疹	EIA法(IgG)推奨	陰性	±~8.0	8.0以上
	HI法	<1:8	1:8、16	1:32以上
水痘	EIA法(IgG)推奨	<2.0	2.0~4.0	4.0以上
	IAHA法	<1:2	1:2	1:4以上
	NT法	<1:2	1:2	1:4以上
流行性 耳下腺炎	EIA法(IgG)推奨	陰性	±	陽性

【参考】

医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版、日本環境感染学会、2014

(注意) 検査方法は、上記の検査方法に限るものとします。  
検査受診の際はご注意ください。