**抗体価結果およびワクチン接種状況証明書**

病院見学、実習等用

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 | 職種 |  |
|  |

**1．麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎** **【必須】**

**以下のいずれかの条件を満たす必要があります****※ワクチン2回接種していればその後の抗体価検査不要です**

・1歳以降に下記疾患のワクチンを4週間以上の間隔を空けての2回接種を証明できる

（2回ワクチン接種歴が分かる書類、あるいは医療機関が発行した証明書等をコピーして添付）

・18歳以降に抗体検査を行っており基準を満たしていること（p2フローチャート参照）を証明できる

（検査日・検査法・測定値が分かる書類、医療機関が発行した検査結果等をコピーして添付）

**各疾患毎に（1）または（2）のどちらかを選択し、記載をお願いいたします。**既往歴の記載は必要ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| （1）2回ワクチン接種 | （2）抗体検査と結果に応じたワクチン接種 |
| 対象 | ワクチン接種日（西暦） | 検査日（西暦） | 検査法※いずれかに〇 | 検査値 | 結果※いずれかに〇 | ワクチン接種日（西暦） |
| 麻疹 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 | EIA法 |  | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |
| PA法 |
| 中和法 |
| 風疹 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 | HI法 |  | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |
| EIA法 |
| ELFA法 |
| LTI法 |
| CLEIA法 |
| FIA法法 |
| CLIA法 |
| LTI法 |
| 水痘 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 | EIA法 |  | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |
| IAHA法 |
| 中和法 |
| 流行性耳下腺炎 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 | EIA法 |  | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |

**2．B型肝炎 【必須】**

**(1)および(2)の記載をお願いいたします。**

(1)ワクチン接種歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| クール | ワクチン接種日（西暦） | クール | ワクチン接種日（西暦） |
| 1クール | ①　　　　年　　月　　日 | 2クール※1クールで抗体が付かなかった場合 | ①　　　　年　　月　　日 |
| ②　　　　年　　月　　日 | ②　　　　年　　月　　日 |
| ③　　　　年　　月　　日 | ③　　　　年　　月　　日 |

(2)抗体検査

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（西暦） | 検査方法※いずれかに○ | 基準 | 検査値 |
| HBs抗体 | 　　　　　　　年　　月　　日 | EIA法・CLIA法・CLEIA法 | 10.0mlU/mL以上 |  |

**3．結核**　**※過去に検査実施したことがあれば記載**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査方法※いずれかに○ | 検査日（西暦） | 検査結果※いずれかに○ |
| QFT ・ T-SPOT | 　　　 年　　　月　　日 | 陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性 |

上記の結果のとおり相違ないことを証明します。

**年 月 日　　 　医療機関名　：　 　　 　 医師名　：**

**抗体価結果およびワクチン接種状況証明書**

病院見学、実習等用

**記載例**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ イダイ　タロウ | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦1999年 2月10日 | 職種 | 医師 |
| 　　　　医大　太郎 |

**1．麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎** **【必須】**

**以下のいずれかの条件を満たす必要があります　※ワクチン2回接種していればその後の抗体価検査不要です**

・1歳以降に下記疾患のワクチンを4週間以上の間隔を空けての2回接種を証明できる

（2回ワクチン接種歴が分かる書類、あるいは医療機関が発行した証明書等をコピーして添付）

・18歳以降に抗体検査を行っており基準を満たしていること（p2フローチャート参照）を証明できる

（検査日・検査法・測定値が分かる書類、医療機関が発行した検査結果等をコピーして添付）

**各疾患毎に（1）または（2）のどちらかを選択し、記載をお願いいたします。**既往歴の記載は必要ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| （1）2回ワクチン接種 | （2）抗体検査と結果に応じたワクチン接種 |
| 対象 | ワクチン接種日（西暦） | 検査日（西暦） | 検査法※いずれかに〇 | 検査値 | 結果※いずれかに〇 | ワクチン接種日（西暦） |
| 麻疹 | ①2021年5月15日②2021年6月22日 | 年　　月　　日 | EIA法 |  | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |
| PA法 |
| 中和法 |
| 風疹 | ①2021年7月20日②2021年8月19日 | 年　　月　　日 | HI法 |  | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |
| EIA法 |
| ELFA法 |
| LTI法 |
| CLEIA法 |
| FIA法法 |
| CLIA法 |
| LTI法 |
| 水痘 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 | 2021年4月5日 | EIA法 | 34.5 | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |
| IAHA法 |
| 中和法 |
| 流行性耳下腺炎 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 | 2021年4月5日 | EIA法 | 11.0 | 2回予防接種1回予防接種予防接種不要 | ①　　　年　　月　　日②　　　年　　月　　日 |

**2．B型肝炎 【必須】**

**(1)および(2)の記載をお願いいたします。**

(1)ワクチン接種歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| クール | ワクチン接種日（西暦） | クール | ワクチン接種日（西暦） |
| 1クール | ①2021年　9月22日 | 2クール※1クールで抗体が付かなかった場合 | ①　　　　年　　月　　日 |
| ②2021年10月24日 | ②　　　　年　　月　　日 |
| ③2021年　3月22日 | ③　　　　年　　月　　日 |

(2)抗体検査

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（西暦） | 検査方法※いずれかに○ | 基準 | 検査値 |
| HBs抗体 | 　2022年　5月28日 | EIA法・CLIA法・CLEIA法 | 10.0mlU/mL以上 | 520.0 |

**3．結核**　**※過去に検査実施したことがあれば記載**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査方法※いずれかに○ | 検査日（西暦） | 検査結果※いずれかに○ |
| QFT ・ T-SPOT | 　　　 年　　　月　　日 | 陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性 |

上記の結果のとおり相違ないことを証明します。

**△△年 〇月□□日　　 　医療機関名　：♦　♦病院 　 医師名　：　▽▽　▽▽**

**ワクチン免除申請書**

香川大学医学部附属病院　病院長殿

申請日：　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 職種 |  |
| ワクチン接種が困難な理由 |  |