

感染対策に係る抗体価検査結果・ワクチン接種の証明について（依頼）

当大学では学内外で予定されている実習における感染予防のため、入学前よりウイルス疾患（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺線炎、B型肝炎）について、あらかじめ抗体価検査を受けさせたうえで書類の提出を求めています。つきましては、下記の証明書に検査結果の記載をお願いいたします。ワクチンガイドライン判断基準「陽性」を満たさない方にはワクチン接種を勧めています（必要に応じワクチン接種をお願いいたします）。

検査方法と判断基準の目安（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3版 一部改変）

	抗体価陰性	抗体価陽性（基準値以下）	抗体価陽性（基準満たす）
麻疹	EIA法（IgG） 2.0未満 あるいはPA法 1:16未満 あるいは中和法 1:4	EIA法（IgG） 2.0以上16.0未満 あるいはPA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 あるいは中和法：1:4	EIA法（IgG） 16.0以上 あるいはPA法 1:256以上 あるいは中和法 1:8以上
風疹	EIA法（IgG） 2.0未満 あるいはHI法 1:8未満	EIA法（IgG） 2.0以上～8.0未満 あるいはHI法 1:8, 1:16	EIA法（IgG） 8.0以上 あるいはHI法 1:32以上
水痘	EIA法（IgG） 2.0未満 あるいはIAHA法 1:2未満 あるいは中和法 1:2未満	EIA法（IgG） 2.0以上4.0未満 あるいはIAHA法 1:2 あるいは中和法 1:2	EIA法（IgG） 4.0以上 あるいはIAHA法 1:4以上 あるいは中和法 1:4以上
流行性耳下腺線炎	EIA法（IgG）：2.0未満	EIA法（IgG） 2.0以上4.0未満	EIA法（IgG） 4.0以上
結果に応じたワクチン接種	2回接種必要	1回接種必要	接種不要
B型肝炎	受診した医療機関の検査方法・判断基準による		

抗体検査等結果証明書

入学年度	年	医学部	□医学科	□保健学科／看護学専攻	□保健学科／検査技術科学専攻	□臨床心理学院生
氏名		生年月日	年	月	日	学生番号

	検査結果			
	検査日	検査方法	測定値	結果の判断 ☑してください
麻疹抗体価	年 月 日			<input type="checkbox"/> 陽性（基準満たす） <input type="checkbox"/> 陽性（基準以下） <input type="checkbox"/> 陰性
風疹抗体価	年 月 日			<input type="checkbox"/> 陽性（基準満たす） <input type="checkbox"/> 陽性（基準以下） <input type="checkbox"/> 陰性
水痘抗体価	年 月 日			<input type="checkbox"/> 陽性（基準満たす） <input type="checkbox"/> 陽性（基準以下） <input type="checkbox"/> 陰性
流行性耳下腺炎抗体価	年 月 日			<input type="checkbox"/> 陽性（基準を満たす） <input type="checkbox"/> 陽性（基準以下） <input type="checkbox"/> 陰性
HBs抗原価	年 月 日			<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
HBs抗体価	年 月 日			<input type="checkbox"/> 陽性（基準満たす） <input type="checkbox"/> 陽性（基準以下） <input type="checkbox"/> 陰性

上記の結果のとおり相違ないことを証明する

年 月 日 医療機関または証明機関名

住所

医師または証明責任者氏名

印

※ワクチン接種の際に抗体検査結果が必要な場合がありますので、「写し（コピー）」を学生本人も保管しておいてください