

## ワクチンの接種記録調査票

当院での勤務にあたり、各ワクチンの接種状況と抗体についてご回答ください。

### (1) 氏名及び診療科

採用予定日	(西暦)	年	月	日			
診療科							
ふりがな 氏名							
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	男 ・ 女	

### (2) 各ワクチンの接種日

- ☐ 接種状況「あり」「なし」「わからない」をお教えてください。
- ☐ 接種「あり」の方は、抗体価と接種日を記入してください。

※母子手帳など接種の記録が分かるもの、抗体価・検査方法がわかる検査結果のコピーを添付してください。

項目	接種状況	抗体価	ワクチン接種日(西暦)		
麻疹	あり・なし わからない		年 月 日	年 月 日	年 月 日
風疹	あり・なし わからない		年 月 日	年 月 日	年 月 日
B型 肝炎	あり・なし わからない		年 月 日	年 月 日	年 月 日
ムン プス	あり・なし わからない		年 月 日	年 月 日	年 月 日
水痘	あり・なし わからない		年 月 日	年 月 日	年 月 日

※ご提出いただいた内容は、当院職員のワクチン接種対象者を確認する際に使用します。それ以外の目的では使用しません。

### ○抗体検査結果基準値

抗体検査項目	接種対象※1	接種不要
麻疹(EIA)	16.0 未満	16.0 以上
風疹(EIA)	8.0 未満	8.0 以上
B型肝炎(CLEIA)	10.0 未満	10.0 以上
流行性耳下腺炎(EIA)	4.0 未満	4.0 以上
水痘(EIA)	4.0 未満	4.0 以上

※1 接種対象者については、(一社)日本環境感染学会 ワクチンガイドラインの基準に準拠しております。  
基準値未満の方は、陽性判定であっても、入職後、接種対象となる場合があります。

《担当》総務課