採用職員各位

ＮＴＴ東日本関東病院
人事担当

水痘・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・B型肝炎ワクチンの
『抗体価証明書・ワクチン接種証明書』の提出について

標記について当院への採用にあたり、患者と職員自身を感染から守るために
『抗体価証明書・ワクチン接種証明書』の提出を義務付けておりますので、
ご理解ご協力方よろしく取り計らい願います。
なお、抗体がない場合（基準を満たさない場合）は、
「麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎　抗体価判断基準」、「B型肝炎ワクチン接種基準」にそって、
予防接種を実施してください。

1．実施方法　近隣の病院等にて抗体価を測定し、判断基準に沿い必要時ワクチン接種を実施願います。
抗体価とワクチン接種歴は所定の用紙に記載の上、医師署名を貰ってください。
検査方法はEIA法でお願い致します。
それ以外の検査方法については、再検査をお願いする場合がございます。ご了承ください。

2．提出書類　『抗体価証明書・ワクチン接種証明書』（別紙）
コピーをとり自身でも保管する 。
※必ず所定の用紙で提出をお願いします。

3．提 出 先　NTT東日本関東病院　人事担当

4．提出期限　就業前に提出するようお願います。
※就業前に用紙が提出されない場合は、業務を制限することがあります。
※採用時期によって検査が間に合わない場合は、感染対策推進室と対応を相談しますので
ご連絡ください。

【問合せ先】
ＮＴＴ東日本関東病院
人事担当
TEL：03-3448-6655
E-mail: resident-ml@east.ntt.co.jp

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎　抗体価判断基準

抗体価を測定後、判断基準に沿い必要時下記に沿ってワクチン接種を行い
「抗体価証明書・ワクチン接種証明書」に記載する。

	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）：陰性	EIA法（IgG）：（±）～16.0	EIA法（IgG）:16.0以上
風疹	EIA法（IgG）:陰性	EIA法（IgG）：(±)～8.0	EIA法（IgG）：8.0以上
水痘	EIA法（IgG）：＜2.0	EIA法（IgG）：2.0～4.0	EIA法（IgG）：4.0以上
流行性 耳下腺炎	EIA法（IgG）：陰性	EIA法（IgG）：（±）	EIA法（IgG）：陽性
対応	ワクチン2回接種し、添付のワクチン接種証明書提出	ワクチン1回接種し、添付のワクチン接種証明書提出	検査の証明書提出

B型肝炎ワクチン接種基準

HBｓ抗体検査を行い「抗体価証明書・ワクチン接種証明書」に記載する。
HBｓ抗体が10mlU/ml以下の場合であっても、過去に免疫獲得が確認されている場合は、
ワクチン接種は不要なので、証明書の右の欄にチェックを入れる。
ワクチン接種を行っていない場合は下記対応に沿って接種し、
「抗体価証明書・ワクチン接種証明書」にワクチン接種日を記載する。

対応	・B型肝炎ワクチンは0、１、６か月後の3回接種（1シリーズ）を行う ・3回目接種後から１－２か月後にHBｓ抗体検査を行い、 10mlU/ml以上であれば免疫獲得と判定する ・1回のシリーズで免疫獲得とならなかった場合、 もう1シリーズのワクチン接種を考慮する

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　2014年

抗体価証明書・ワクチン接種証明書

フリガナ
氏名　　生年月日（西暦）　　年　　月　　日

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">検査日</th><th rowspan="2">検査法</th><th rowspan="2">抗体価</th><th colspan="3">ワクチン接種</th></tr>
<tr><th></th><th>接種日</th><th>ワクチン名</th></tr>
<tr><td rowspan="2">麻疹</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">EIA法
（IgG）</td><td rowspan="2"></td><td>1回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">風疹</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">EIA法
（IgG）</td><td rowspan="2"></td><td>1回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">水痘</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">EIA法
（IgG）</td><td rowspan="2"></td><td>1回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">流行性
耳下腺炎</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">EIA法
（IgG）</td><td rowspan="2"></td><td>1回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">B型肝炎
ワクチン</td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4">CLIA</td><td rowspan="4"></td><td colspan="3">下記のどれかに☑を記入してください
☐ B型肝炎ワクチン接種し、HB s 抗体検査を行い、
抗体価10mIU/ml以上が確認されている⇒ワクチン不要
☐ 1回のシリーズで免疫獲得とならなかったが、
その後追加の1シリーズのワクチン接種を受けていない
☐ ワクチン接種をしたことが無い</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ワクチン接種</td><td>1回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3回目</td><td></td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

病院名：

所在地：

医師名　　印

（2023年1月19日改訂）