

感染対策に係る抗体価検査等の証明について(依頼)

以下の方に係わる証明をお願いいたします。

受け入れ診療科		氏名	生年月日	性別 男・女
受入身分			西暦 年(昭和・平成 年) 月 日生	

当院では院内感染対策のため、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型肝炎に対する免疫能があること、および、活動性結核を有しないことを示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、または、18歳以降に抗体検査などを行っており、基準(別紙: 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回接種されていしたら、その後の抗体価計測は不要です。  
 B型肝炎に関しては、B型肝炎ワクチンを3回以上接種し、抗HBs抗体価が10mIU/ml以上であることを確認して、証明してください。

ウイルス抗体価等検査結果証明書

(見学・実習等受け入れ用)

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) 抗体検査とその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) 疑陽性・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) 疑陽性・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) 疑陽性・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) 疑陽性・陰性	① 年 月 日
	② 年 月 日					② 年 月 日

B型肝炎

HBs抗体 陽性基準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(西暦) 年 月 日 測定値 陽性・陰性
	3回目のワクチン接種時期: (西暦) 年 月

結核

結核の既往歴	なし・あり	西暦) 年 月
--------	-------	---------

IGRA検査(クオンティフェロン or T-SPOT)を行い、検査方法、結果等を様式に従い記載ください。

IGRA	撮影日(西暦)	検査方法	測定値	結果(所見)
	年 月 日	クオンティフェロン T-SPOT		陽性・陰性・判定保留

※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。
- ・検査結果(4種ウイルス抗体価、HBs抗体価、IGRA測定値)のコピーを添付すること

上記の結果のとおり相違ないことを証明する。

西暦 年 月 日	医療機関名 及び住所	医師氏名	㊟
----------	---------------	------	---

表. ウイルス4疾患の必要予防接種回数（予防接種の記録がない場合）

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	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

※ΔAは、ペア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

- A: デンカ生研株式会社
- B: シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス
- C: シスメックス・ビオメリュー株式会社
- D: 極東製薬工業株式会社
- E: ベックマン・コールター株式会社
- F: 株式会社保健科学西日本
- G: バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社
- H: バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社
- I: アボットジャパン株式会社

[参考]医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版、日本環境感染学会 2020

**注意** 検査方法は、上記の検査方法に限るものとする。検査受診の場合はご注意ください。

岡山大学病院の推奨検査方法: **EIA法 (IgG)**