

令和 元年 7月 5日

健康調査票の提出について

当院での業務に従事する方は、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎に対して「免疫がある」ことを証明する、別添の健康調査票の提出をお願いいたします。健康調査票の指定項目が証明できれば、書式が異なっても差し支えありませんが、検査方法が明記されている必要があります。

ただし、B型肝炎について、採用までに免疫がある要件を満たせない場合には、ワクチンを2回接種したことを証明するものを提出し、採用後に3回目のワクチン接種及びその後の抗HBs抗体検査を提出してください。

また、やむを得ず免疫がある要件を満たすことができない場合には、それを証明するもの（診断書等）を健康調査票等と共に提出してください。

<提出にあたっての注意事項>

1. 免疫があることの要件は、次のとおりとする。

(1) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎については、以下の(ア) (イ) (ウ) のいずれか一つを満たすこと。

(2) B型肝炎については、以下の(エ) (オ) のいずれか一つを満たすこと。

(ア) 血清IgG抗体が陽性(EIA法を推奨)であること(検査日は問いません)。

(イ) 1歳以降に28日間以上間隔をあけて2回以上ワクチンを接種(風疹のみ1回でも可)していること。

(ウ) 罹患したことがウイルス学的に証明(PCR・ウイルス培養など;臨床診断は不可)できていること。

(エ) 抗HBs抗体価が10mIU/ml(EIAあるいはCLIA法)以上であること(検査日は問いません)。

(オ) B型肝炎ワクチンを3回(2回目接種は1回目接種の4週目以降、3回目接種は1回目接種の24週以降)以上接種し、その後抗HBs抗体検査を行っていること。

2. 検査方法及び陽性の基準については、別表のとおりとする。

陽性の基準

| 疾患 | 検査方法 | 基準 |
|---|---------|------------|
| 麻疹 | EIA（推奨） | 4.0以上 |
| | HI | 8倍以上 |
| | NT | 4倍以上 |
| 風疹 | EIA（推奨） | 4.0以上 |
| | HI | 8倍以上 |
| 水痘 | EIA（推奨） | 4.0以上 |
| | FA | 20倍以上 |
| | CF | 4倍以上 |
| | IAHA | 8倍以上 |
| | 抗原皮内試験 | 陽性 |
| 流行性耳下腺炎（ムンプス） | EIA（推奨） | 4.0以上 |
| | HI | 4倍以上 |
| | NT, CF | 4倍以上 |
| B型肝炎 | 抗HBs抗体 | 10mIU/ml以上 |
| 備考 参考：CDC.ImmunizationofHealth-carePersonnel.MorbidMortalWklyRep.2011;60:RR-7. | | |

<本件担当事務>

筑波大学附属病院 病院総務部総務課看護部係
TEL: 029-853-3803, FAX: 029-853-7022

健康調査票 (2016.10.4 改訂)

フリガナ

氏名 _____

性別 男 ・ 女

生年月日 19 / /
20

所属学校 _____ 一日看護体験日 2019 / /

| 疾患 | 要件 (該当する項目に☐を入れる) | | | |
|---------|---|--------------|--------------|-----------------|
| 麻疹 | ☐ ワクチン2回接種済 | 接種日 | 19 / / 20 | 19 / / 20 |
| | ☐ 抗体陽性 (検査結果のコピーを添付) | | 検査日 | 19 / / 20 |
| | ☐ ウイルス学的な罹患証明 (詳細を記載: _____) | | | |
| 水痘 | ☐ ワクチン2回接種済 | 接種日 | 19 / / 20 | 19 / / 20 |
| | ☐ 抗体陽性 (検査結果のコピーを添付) | | 検査日 | 19 / / 20 |
| | ☐ ウイルス学的な罹患証明 (詳細を記載: _____) | | | |
| 風疹 | ☐ ワクチン1回接種済 | 接種日 | 19 / / 20 | (19 / /) 20 |
| | ☐ 抗体陽性 (検査結果のコピーを添付) | | 検査日 | 19 / / 20 |
| | ☐ ウイルス学的な罹患証明 (詳細を記載: _____) | | | |
| ムンプス | ☐ ワクチン2回接種済 | 接種日 | 19 / / 20 | 19 / / 20 |
| | ☐ 抗体陽性 (検査結果のコピーを添付) | | 検査日 | 19 / / 20 |
| | ☐ ウイルス学的な罹患証明 (詳細を記載: _____) | | | |
| B型肝炎 | ☐ 抗HBs 抗体価 ≥10mIU/ml (検査結果のコピーを添付) | | 検査日 | 19 / / 20 |
| | ☐ ワクチンを3回接種し、その後、抗HBs抗体を検査済 (検査結果のコピーを添付) | | | |
| | 接種日 | 19 / / 20 | 19 / / 20 | 19 / / 20 |
| 結核 (任意) | ☐ インターフェロンγ遊離試験 | 検査日 | 19 / / 20 | 結果 |

上の記載通りであることを証明する。 医療 (証明) 施設名 _____

診断医・担当責任者名 _____

日付 20 / /