

# 岐阜県総合医療センター 抗体価検査カード

記入日      年   月   日

氏名 \_\_\_\_\_

当院では、院内感染対策のため、採用前の下記検査及びワクチン接種を義務づけています。

各自、医療機関にて下記項目を受診し、各検査結果について医師による記入及び証明を受け、本用紙を総務課人事労務担当へ提出してください。

**【注意事項】**

- (1) 抗体価検査を受けない場合や検査結果次第では、採用を取り消す又は採用時期を遅らせる場合があります。
- (2) 指定した検査方法以外では判定できませんので、必ず指定した方法による検査を受けてください。
- (3) 採用日までに、基準を満たさない検査項目があるか、ワクチン接種が終了しない場合、採用時期を遅らせる場合があります。
- (4) ワクチン接種は、接種間隔を1ヶ月空ける必要があります。そのため、十分な時間的余裕をもって検査を受けるようお願いします。
- (5) アレルギー等によりワクチン接種を受けることができない場合は、その旨を明記してください。

**<麻疹、水痘>**

各検査項目について、指定した検査方法のいずれかにより検査を受けてください。また、**当院の陽性基準を満たさない場合、必ずワクチンを接種**してください。なお、採用日前3年以内実施したデータが残存している場合は、検査を省略することが可能ですので、下表に結果を記入し、本用紙に証明書(検査結果、ワクチン接種証明)の写しを添付し、提出してください。

項目	検査日	検査方法 (検査方法に○)	当院の基準	測定値	検査結果 (どちらかに○)		ワクチン接種日※
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)	≥ 16.0		当院の基準を満たす／満たさない	検査の結果、当院の基準を満たさない場合は、採用日の1ヶ月前までにそれぞれ1回以上のワクチン接種をお願いします。	年 月 日
		NT(中和法)	≥ 8				
		PA	≥ 256				
水痘	年 月 日	EIA(IgG)	≥ 4.0		当院の基準を満たす／満たさない	検査の結果、当院の基準を満たさない場合は、採用日の1ヶ月前までにそれぞれ1回以上のワクチン接種をお願いします。	年 月 日
		IAHA	≥ 8				

**※ワクチンを接種した場合は、ワクチン接種証明書を添付してください。**

<基準を満たさない場合で、ワクチン接種を受けることができない理由>

**<医師の証明欄>**

上記、検査結果を証明します。

検査機関名

医師氏名:

(記名押印、又は署名)