

感染対策調査書

平成 年 月 日

石巻赤十字病院

院長 石橋 悟 殿

(申請者)

所属機関

所属部署

申請者氏名

印

(所属長承認欄)

下記内容に相違ありません

所属長氏名

印

記

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

項目	抗体検査		抗体検査判断基準 (必要な対応)			ワクチン接種	
	検査方法 (行った検査法に○)	測定結果	抗体価陽性 対応不要	1回ワクチン接 種必要	2回ワクチン 接種必要	1回目実施日	2回目実施日
麻疹	EIA (IgG)		16.0 以上	2.0 以上~16.0 未満 (±)	2.0 未満(陰性)	年 月 日	年 月 日
	PA		1 : 256 以上	1 : 16, 1 : 32, 1 : 64, 1 : 128	1 : 16 未満	年 月 日	年 月 日
	NT (中和法)		1 : 8 以上	1 : 4 以上	1 : 4 未満	年 月 日	年 月 日
風疹	HI		1 : 32 以上	1 : 8~1 : 16	1 : 8 未満	年 月 日	年 月 日
	EIA (IgG)		8.0 以上	2.0 以上~8.0 未 満 (±)	2.0 未満(陰性)	年 月 日	年 月 日
水痘	EIA (IgG)		4.0 以上(陽性)	2.0 以上~4.0 未 満 (±)	2.0 未満(陰性)	年 月 日	年 月 日
	IAHA		1 : 4 以上	1 : 2	1 : 2 未満	年 月 日	年 月 日
	NT (中和法)		1 : 4 以上	1 : 2	1 : 2 未満	年 月 日	年 月 日
流行性 耳下腺炎	EIA (IgG)		4.0 以上(陽性)	2.0 以上~4.0 未 満 (±)	2.0 未満(陰性)	年 月 日	年 月 日

注意) 4疾患とも補体結合反応 (CF法) では測定しないこと。

麻疹と流行性耳下腺炎は赤血球凝集抑制法 (HI法) では測定しないこと。

ワクチン禁忌者は抗体価調査後、すみやかに問い合わせること。

※一般社団法人 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版より

抗体価証明書について)

※提出いただいた書類は原則返却できないため、必ずコピーを提出すること。

※抗体価の証明書は概ね5年間有効とする。(医学生、薬学生は6年間有効とする。)

第4号様式

2. インフルエンザ（12月～3月に実習・研修・見学を行う場合記入）

ワクチン接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【備考】

実習希望部署： _____

実習開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

実習終了日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

以上

平成27年6月作成

平成29年8月改訂

平成30年6月改訂

（抗体調査表提出先）

〒986-8522

石巻市蛇田字西道下71

石巻赤十字病院 教育研修センター

TEL：0225-21-7220

FAX：0225-96-0122

Email：kensyu@ishinomaki.jrc.or.jp

（抗体調査表内容に関する問い合わせ先）

石巻赤十字病院 感染管理室

TEL：0225-21-7220