（別紙）　実習・研修受入れの内諾並びに胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果について

大阪大学医学部附属病院長　殿

施設等名：　　提出日：　　年　　月　　日

１．　実習・研修受入れの内諾

受入部署・担当者		受入れの内諾	□

２．　胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果

以下「ワクチン接種歴、抗体検査結果等」の**要件を満たさない場合は受入部署に事前の了解**を得てください。

⇒

要件を満たしているか	はい・いいえ	(いいえの場合)事前了解取得日	年　月　日

※２　ワクチン接種歴が２回ない場合又は不明な場合、抗体価測定を行ってください。
※３　保留の場合はワクチンを１回接種、陰性の場合はワクチンを２回接種してください。検査結果が測定値のみの場合は、下欄に掲載の検査法により検査結果を判断してください。
※４　ワクチンは３回接種してください。また、接種１か月後に可能な限り抗体価測定を行ってください。
※５　抗体価<10でもワクチンを３回接種済みである場合には、追加接種する必要はありません。３回以上接種しているが抗体価測定を行っていない場合は、ワクチンを１回追加接種してください。

※１　実習/研修開始前１年以内

付番	実習/研修生氏名（委託申請書と同順）	胸部レントゲン検査		ワクチン接種歴、抗体検査結果等																							
				麻疹				風疹				水痘				流行性耳下腺炎				B型肝炎			
		検査日※１	異常の有無	ワクチン接種歴（２回）	抗体価検査日※２	検査結果※３	ワクチン接種日	ワクチン接種歴（２回）	抗体価検査日※２	検査結果※３	ワクチン接種日	ワクチン接種歴（２回）	抗体価検査日※２	検査結果※３	ワクチン接種日	ワクチン接種歴（２回）	抗体価検査日※２	検査結果※３	ワクチン接種日	ワクチン接種歴（３回）※４	抗体価検査日	検査結果※５	ワクチン接種日（追加接種含む）
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日
			有・無	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	陽性	年　月　日	年　月　日	年　月　日	抗体価≧10	年　月　日
				年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		保留		年　月　日		抗体価<10	年　月　日
				不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明		陰性	年　月　日	不明	不明	不明	年　月　日

【留意事項】

- 「２．胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果」は、１週間以上の実習・研修を行う場合に記載が必要となります。
- 胸部レントゲン検査について、検査日が実習/研修開始の１年以上前の場合及び検査の結果、異常があった場合は、活動性結核が否定されるまで、本院で実習・研修等を行うことはできません。
- ワクチン接種歴は１歳以降で接種したものを母子手帳や学校、勤務先等での証明書等を確認して記載してください。
- 健康診断結果（胸部レントゲン検査の結果（１年以内）がわかるもの）及び抗体検査結果の証明書は、貴機関にて相違ないことをご確認のうえ保管ください。
- 医療機関はウィルスに曝露される可能性が極めて高い機関の一つです。また本人が発症した場合、患者への２次感染拡大も危惧されます。本院で研修・実習等を行うにあたり、感染予防対策を目的として、各種抗体検査で保留・陰性と判定された場合には、抗体を獲得するため、そのウィルスに対するワクチン接種を受けることが望まれます。
- 検査法（右図のとおり）　※出典：一社）日本環境感染学会ワクチン委員会「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版」(2020年6月15日作成)

	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 ※：陽性 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	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	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
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、ペアアの吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）
風疹HI法：なお、１：8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
A:デンカ生研株式会社（ウイルス抗体ELAF生研法ベラIgG：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
B:シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス（エンザイグノスト8風疹/IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
C:シスメックス・ビオメリュー株式会社（バイタスアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
D:積水医薬工業株式会社（ラピア ラテックス RUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
E:ベックマン・コールター株式会社（アクセス ルベラIgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
F:株式会社保健科学西日本（ｉ-アッセイCL 風疹IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
G:バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
H:バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

表1　MMRV抗体価と必要予防接種回数