関係医療機関　御中

岡山大学病院

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。

受け入れ診療科等		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回接種されていましたら、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。該当する結果に〇をしてください。

（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 ②　年　月　日	年　月　日			陽性（満たす） 疑陽性・陰性	①　年　月　日 ②　年　月　日
風疹	①　年　月　日 ②　年　月　日	年　月　日			陽性（満たす） 疑陽性・陰性	①　年　月　日 ②　年　月　日
水痘	①　年　月　日 ②　年　月　日	年　月　日			陽性（満たす） 疑陽性・陰性	①　年　月　日 ②　年　月　日
ムンプス	①　年　月　日 ②　年　月　日	年　月　日			陽性（満たす） 疑陽性・陰性	①　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〇をしてください。
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　㊞