**「感染症抗体価とワクチン接種日確認表」の提出について（重要）**

公立大学法人 横浜市立大学附属２病院では、ウイルス性感染症対策の一環として、内定者に麻疹、風疹、水痘、ムンプス、B型肝炎の**ウイルス抗体価とワクチン接種日確認表(本誌裏面)**の提出をお願いしております。

提出して頂いた結果を基に、必要時、入職後のワクチン接種を行いますので、期限までに必ずご提出ください。宜しくお願い致します。

【提出書類】

１「感染症抗体価とワクチン接種日確認表」(本紙裏面)…必要事項を記入のこと。

２　採血結果のコピー …測定法と基準値が記載された検査結果のコピーを添付すること。

３　ワクチン接種日が証明できるもののコピー (母子手帳など)

（注意）

　１　**抗体価確認表には過去1年以内の検査結果をご記入ください。**

２　抗体価は**下記の検査法**で実施しているものをご提出ください。

**◇麻疹、風疹、水痘、ムンプスの抗体価****・・・EIA-IgG法**

**◇HBs (Ｂ型肝炎) 抗体価 　　　 ・・・EIA法またはCLIA法**

【抗体価検査に関するお問い合わせ先】

横浜市立大学附属市民総合医療センター

管理部総務課労務担当　中島

電話：045-261-5656

Ｅメール：w\_yuki@yokohama-cu.ac.jp

感染症抗体価とワクチン接種日確認表

職　種：　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

**※過去1年以内の抗体価検査結果をご記入ください。**

※当院の推奨する検査法で検査してください。

※必ず測定法と基準値が記載された検査結果のコピーを添付してください。

※ワクチン接種については実施したことが証明できるものをコピーし、添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **検査項目** | **感染症抗体価 検査結果**  ※該当欄に✔をつけ必要事項をご記入ください。    網掛けの項目は、当院の推奨する検査法です。 | |  | **ﾜｸﾁﾝ接種日**  ※ワクチン接種歴のある方は  接種日を記入してください。  (複数回ある方は直近の2回分を記載してください。  肝炎ワクチンのみ3回) |
| 麻疹 | □EIA-IgG（推奨）  □その他（　　　　　） | 実施日：　　年　　月　　日  抗体価：　　　　　　（数値を記入） |  | 麻疹ﾜｸﾁﾝ接種日  年　　月　　日  年　　月　　日 |
| 風疹 | □EIA-IgG（推奨）  □その他（　　　　　） | 実施日：　　年　　月　　日  抗体価：　　　　　　（数値を記入） |  | 風疹ﾜｸﾁﾝ接種日  年　　月　　日  年　　月　　日 |
| 水痘 | □EIA-IgG（推奨）  □その他（　　　　　） | 実施日：　　年　　月　　日  抗体価：　　　　　　（数値を記入） |  | 水痘ﾜｸﾁﾝ接種日  年　　月　　日  年　　月　　日 |
| 流行性耳下腺炎  （ムンプス） | □EIA-IgG（推奨）  □その他（　　　　　） | 実施日：　　年　　月　　日  抗体価：　　　　　　（数値を記入） |  | 流行性耳下腺炎(ﾑﾝﾌﾟｽ)  ﾜｸﾁﾝ接種日  年　　月　　日  年　　月　　日 |
| B型肝炎  （HBｓ抗体） | □EIA（推奨）  □CLIA法  □その他（　　　　　） | 実施日：　　年　　月　　日  抗体価：　　　　　　（数値を記入） |  | B型肝炎ﾜｸﾁﾝ  3回中　回目の接種  年　　月　　日  年　　月　　日  年　　月　　日 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【問合先】

横浜市立大学附属市民総合医療センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理部総務課労務担当　中島

電話：045-261-5656