

各 位

NTT 東日本伊豆病院  
企画担当（人事）

**水痘・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎『抗体価証明書・ワクチン接種証明書』の  
提出について**

標記について当院への採用にあたり、感染対策の観点から抗体価検査の実施及び証明書の提出を義務付けておりますので、ご理解ご協力方よろしく取り計らい願います。

ワクチンの接種状況により提出していただく記録および証明書が異なります。詳細は水痘・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎ワクチン接種のフローチャート【別紙 1】をご確認ください。

ワクチン接種記録が 2 回ある場合は抗体価測定の必要はありません。ワクチン接種記録を提出ください。

ワクチン接種記録がない場合は抗体価を測定し、基準表に従ってワクチン接種を実施願います。判断基準は【別紙 2】の『麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 抗体価判断基準』をご参照ください。

1. 実施方法 近隣の病院等にて実施願います。  
抗体価を測定し、判断基準に沿い必要時ワクチン接種を行う。
2. 提出書類 抗体価証明書・ワクチン接種証明書【別紙 3】  
もしくは、2 回の予防接種を受けた記録等  
※母子手帳の写し（麻疹・風疹・水痘・ムンプスの接種がわかるページ）
3. 提出先 NTT 東日本伊豆病院 人事担当

【問合せ先】

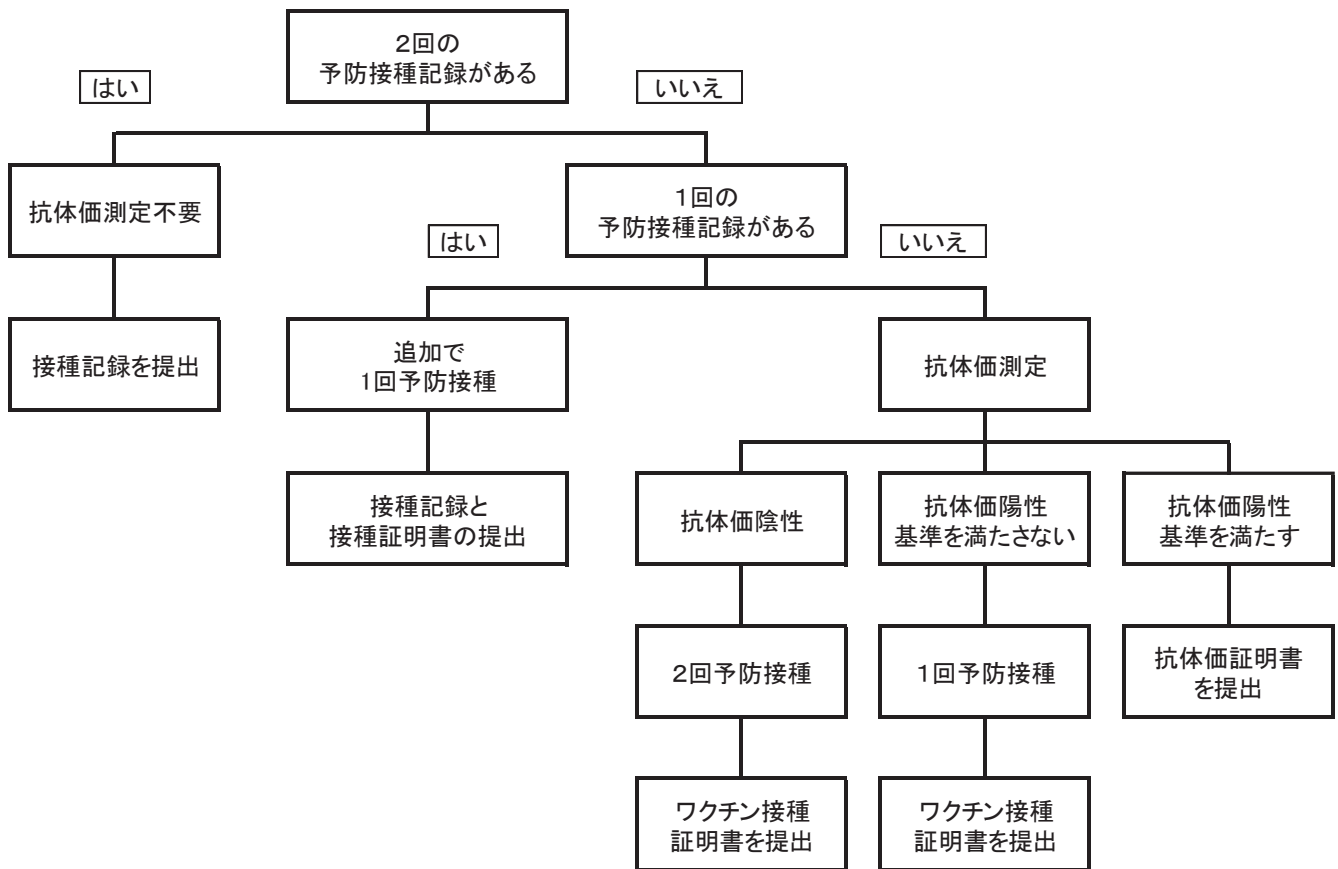
NTT 東日本伊豆病院  
企画担当（人事）

TEL : 055-978-2320

FAX : 055-978-9073

E-Mail : [izujinji-gm@east.ntt.co.jp](mailto:izujinji-gm@east.ntt.co.jp)

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種にフローチャート



## 【別紙 2】

## 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 抗体価判断基準

| 疾患名         | 抗体価陰性  | 抗体価陽性<br>(基準を満たさない)   | 抗体価陽性<br>(基準を満たす)  |
|-------------|--|---|--|
| 麻疹          | EIA 法(IgG) : 陰性<br>あるいは PA 法 : <1 : 16<br>あるいは中和法 : <1 : 4   | EIA 法(IgG) : (±)~16.0<br>あるいは PA 法 : 1 : 16,32,64,128<br>あるいは 中和法 : 1 : 4 | EIA 法(IgG) : 16.0 以上<br>あるいは PA 法 : 1 : 256 以上<br>あるいは 中和法 : 1 : 8 以上                                  |
| 風疹          | HI 法 : <1 : 8<br>あるいは EIA 法(IgG) : 陰性                        | HI 法 : 1 : 8,16<br>あるいは EIA 法(IgG) : (±)~8.0                              | HI 法 : 1 : 32 以上<br>あるいは EIA 法(IgG) : 8.0 以上   |
| 水痘          | EIA 法(IgG) : <2.0<br>あるいは IAHA 法 : <1 : 2<br>あるいは 中和法 : <1.2 | EIA 法(IgG) : 2.0~4.0<br>あるいは IAHA 法で 1 : 2<br>あるいは 中和法 : 1.2              | EIA 法(IgG) : 4.0 以上<br>あるいは IAHA 法 : 1 : 4 以上<br>あるいは 中和法 : 1 : 4 以上<br>あるいは 水痘抗原皮内テストで<br>陽性 (5mm 以上) |
| 流行性<br>耳下腺炎 | EIA 法(IgG) : 陰性  | EIA 法(IgG) : (±)  | EIA 法(IgG) : 陽性  |
| 対応          | ワクチン 2 回接種し、<br>添付のワクチン接種証明書提出                               | ワクチン 1 回接種し、<br>添付のワクチン接種証明書提出  | 検査の証明書提出   |

\* 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反応抑制法(HI 法)では測定しないこと

『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 2014 年』 より

NTT 伊豆病院 病院長

## 抗体価証明書・ワクチン接種証明書

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|             | 検査法 | 検査日 | 抗体価 | ワクチン |       |
|-------------|-----|-----|-----|------|-------|
|             |     |     |     | 接種日  | ワクチン名 |
| 麻疹          |     |     |     | 1 回目 |       |
|             |     |     |     | 2 回目 |       |
| 風疹          |     |     |     | 1 回目 |       |
|             |     |     |     | 2 回目 |       |
| 水痘          |     |     |     | 1 回目 |       |
|             |     |     |     | 2 回目 |       |
| 流行性<br>耳下腺炎 |     |     |     | 1 回目 |       |
|             |     |     |     | 2 回目 |       |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名：

所在地：

医師名 \_\_\_\_\_ ④