

感染症関連証明書

氏名				生年月日	年 月 日
胸部X線 (★必須1年以内)	撮影日	年 月 日	直接・間接	異常 なし・あり	所見:
結核罹患歴	なし ・ あり (発症年月 年 月)				

●大学での研究活動及び授業履修等が20日以上の場合は以下も記入

	適格基準 (A, B, C)	ワクチン接種歴及び抗体価測定 (EIA法IgGに限る)			
		接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	抗体価 (検査日) (年 月 日)
麻疹		接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	抗体価 (検査日) (年 月 日)
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)		
風疹		接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	抗体価 (検査日) (年 月 日)
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)		
水痘		接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	抗体価 (検査日) (年 月 日)
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)		
流行性耳下腺炎		接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	抗体価 (検査日) (年 月 日)
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)		

本学適格基準

*ワクチン接種・検査フローは裏面もご参照ください。

A: 2回のワクチン接種が終了している。

B: Aは満たさないが、5年以内のEIA法 (IgG) にて抗体価が基準値以上 (陽性) である。

【陽性基準】

麻疹: 16.0以上

風疹: 8.0以上

水痘: 4.0以上

流行性耳下腺炎: 4.0以上

C: Aは満たさないが、5年以内のEIA法 (IgG) にて、以下の抗体価であったため、検査後に1回ワクチン追加接種を行った。

麻疹: 2.0~16.0未満

風疹: 2.0~8.0未満

水痘: 2.0~4.0未満

流行性耳下腺炎: 2.0~4.0未満

*なお、各種抗体価が2.0未満の場合は、2回のワクチン接種 (基準A) を要する。

●血液曝露の可能性のある場合のみ以下も記入

B型肝炎ワクチン接種を開始している、もしくは抗体検査 (CLIA法) にて陽性 (10.0以上) が確認されていることを必須とします。

1シリーズ目接種	1回目	2回目	3回目
B型肝炎ワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日
HBs抗体 (CLIA法)	測定値: (検査日 年 月 日)		

1シリーズ接種終了後の抗体検査にて、抗体価が陰性の場合、2シリーズ目の接種が行われていることが望ましい。

2シリーズ目接種	1回目	2回目	3回目
B型肝炎ワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日

上記のとおり、相違ないことを証明します。

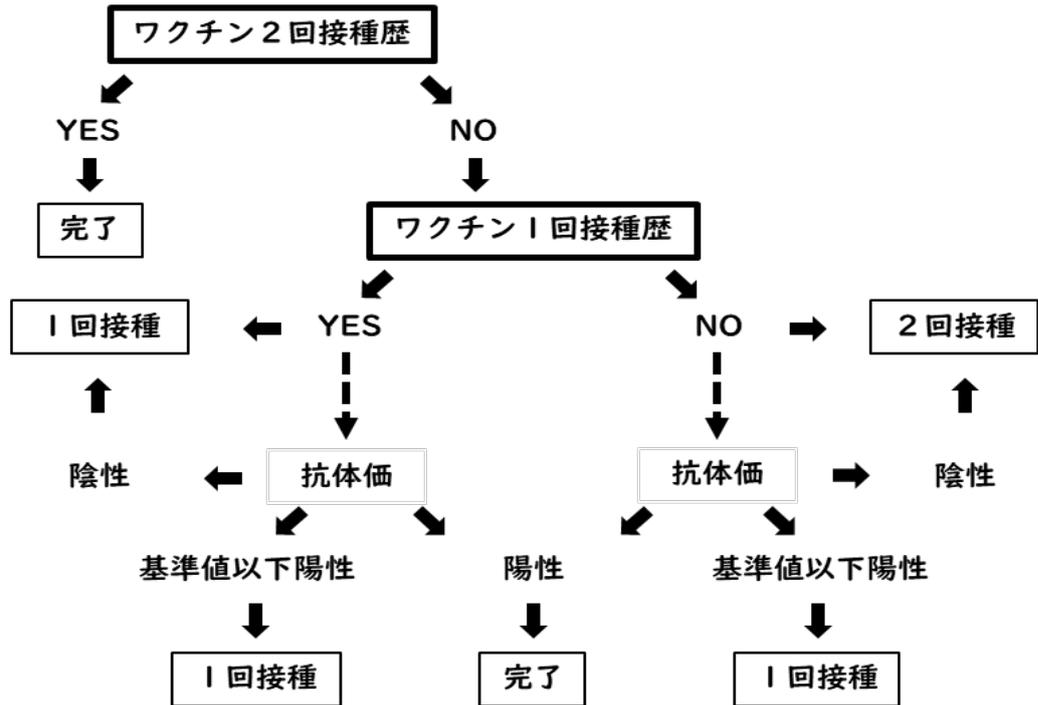
年 月 日

医療機関名

医師名

印

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 ワクチン接種基準 (2022年改訂版)



	陰性	基準値以下陽性	陽性
麻疹	2.0未満	2.0以上 16.0未満	16.0以上
風疹	2.0未満	2.0以上 8.0未満	8.0以上
水痘	2.0未満	2.0以上 4.0未満	4.0以上
流行性耳下腺炎	2.0未満	2.0以上 4.0未満	4.0以上

抗体価は全てIgG EIA法に限る

※滋賀医科大学 記入欄

学校・施設名	実習・研修期間 又は 研究活動・授業等履修期間	実習・研修の受入科・部
※	※令和 年 月 日～令和 年 月 日	※
保健管理センター確認欄		
※		