新規採用者各位

採用時確認

横浜市立市民病院

入職前の免疫抗体価調査について

横浜市立市民病院では、患者及び職員を感染から守る院内感染対策を強化しております。　そのため、入職前に免疫抗体価の調査を実施いたします。

**「免疫抗体価調査票」を記入し、 「母子手帳」又は「医療機関・学校発行の接種済証」等のコピーを必ず添付して提出してください。**

※注意

 入職時に「免疫抗体価調査票」及び証明書等の提出がない場合は、 抗体価結果及びワクチン接種歴なしとなります。なお、この免疫抗体価調査については市民病院で情報管理いたします。

【提出物】

①「免疫抗体価調査票」

②免疫抗体価を記入する際に使用した、証明書等のコピー

・「母子手帳」のコピー（ワクチン接種歴のあるページのみ）

・免疫抗体価を証明する「医療機関・学校発行の測定結果証等」のコピー

・ワクチン接種を証明する「医療機関・学校発行の接種済証等」のコピー

＊原則返却しないため「記入内容を確認できる書類」は必ずコピー(A4)で提出。

＊コピーの添付がない場合は、記入事項は無効。

**免疫抗体価調査票【新採用職員】**

横浜市立市民病院

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入職日 | 診療科 | 氏名 |
|  |  |  |

**★**麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関するワクチンと抗体価について記入してください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **麻疹** | **風疹** | **ムンプス** | **水痘** |
| **ワクチン接種日** | **1回** | 西暦　 年　 　 月　 日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年 　　月　 　日 |
| **2回** | 西暦　　 年　 　 月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年 　　月　 　日 |
| **3回** | 西暦　　 年　 　 月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年 　　月　 　日 |
| **抗体価** | **測定日** | 西暦　　 年　 　 月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年　 　月　 　日 | 西暦　　 　年 　　月　 　日 |
| **測定値** |  |  |  |  |
| **検査結果****〇つける** |  **✛** ±  **―** | **✛** ±  **―** | **✛** ±  **―** | **✛** ±  **―** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ワクチン接種日** |  | **Ｂ型肝炎** |
| **1回** | 西暦　 年　 　 月　 日 |
| **2回** | 西暦　　 年　 　 月　 　日 |
| **3回** | 西暦　　 年　 　 月　 　日 |

**★**Ｂ型肝炎に関するワクチンと抗体価について記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **抗体価** |  | **Ｂ型肝炎①** | **Ｂ型肝炎②** |
| **測定日** | 西暦　　 年　 　 月　 　日 | 西暦　　 年　 　 月　 　日 |
| **(抗体価)****測定値** | ※数値で記入 | ※数値で記入 |
| **検査結果****〇つける** |  **✛** ±  **―** |  **✛** ±  **―** |

**過去に実施した抗体価検査やワクチン接種の証明を**

**必ず添付してください。**

（例）母子手帳、医療機関・学校発行の測定結果証、

医療機関・学校発行の接種済証、

　　　勤務先医療機関での検査結果・接種証明などコピー

コピーの添付がない場合は、記入事項は無効。