

## 入職前の免疫4種接種歴・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4種接種歴・抗体価の調査を実施いたします。

**「免疫4種接種歴・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」等の証明書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4種接種歴・抗体価調査票」及び証明書等の提出がない場合は、ワクチン接種歴及び抗体価結果なしとなります。なお、この免疫4種接種歴・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】

- 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。
- ① 「免疫4種接種歴・抗体価調査票」
  - ② ワクチン接種歴・抗体価を記入する際に使用した、証明書等のコピー  
(証明書の例)
    - ・「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

### 【提出/問合せ先】

市民病院総務課 職員係

TEL : 045-316-4580

Mail : by-sh-shokuin@city.yokohama.jp

# 免疫4種接種歴・抗体価調査票【新採用者用】

**要提出**

入職日	診療科	氏名	生年月日
年 月 日			年 月 日

## ① 麻疹・風疹・水痘・ムンプス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	水痘	ムンプス
<b>罹患歴</b>		あり ・なし	あり ・なし	あり ・なし	あり ・なし
<b>ワクチン接種日</b>	1回	西暦 年 月 日			
	2回	西暦 年 月 日			
	3回	西暦 年 月 日			
<b>抗体価</b>	測定日	西暦 年 月 日			
	測定値				
	検査結果 ○つける	＋ 土 －	＋ 土 －	＋ 土 －	＋ 土 －

## ② 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

<b>ワクチン接種日</b>	B型肝炎		<b>抗体価</b>	B型肝炎①		B型肝炎②		
	1回	西暦 年 月 日		測定日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	
	2回	西暦 年 月 日		(抗体価) 測定値	※数値で記入		※数値で記入	
	3回	西暦 年 月 日		検査結果 ○つける	＋ 土 －	＋ 土 －	＋ 土 －	

**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