

健康調査票の提出について

当院での業務に従事する方は、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎に対して「免疫がある」ことを証明する、別添の健康調査票を採用手続時までに提出する必要があります。健康調査票の指定項目が証明できれば、書式が異なっても差し支えありませんが、検査方法が明記されている必要があります。

ただし、B型肝炎について、採用までに免疫がある要件を満たせない場合には、ワクチンを2回接種したことを証明するものを提出し、採用後に3回目のワクチン接種及びその後の抗HBs抗体検査を提出してください。

また、やむを得ず免疫がある要件を満たすことができない場合には、それを証明するもの（診断書等）を健康調査票等と共に提出してください。

なお、健康調査票が採用手続時までに提出できない場合には、別添の誓約書を必ず提出してください。誓約書が提出されない場合は採用が延期となりますので予めご了承ください。

<提出にあたっての注意事項>

1. 免疫があることの要件は、次のとおりとする。

- (1) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎については、以下の（ア）（イ）（ウ）のいずれか一つを満たすこと。
- (2) B型肝炎については、以下の（エ）（オ）のいずれか一つを満たすこと。

（ア）血清IgG抗体が陽性（EIA法を推奨）であること。

（イ）1歳以降に28日間以上間隔をあけて2回以上ワクチンを接種（風疹のみ1回でも可）していること。

（ウ）罹患したことがウイルス学的に証明（PCR・ウイルス培養など；臨床診断は不可）できていること。

（エ）抗HBs抗体価が10mIU/ml（EIAあるいはCLIA法）以上であること。

（オ）B型肝炎ワクチンを3回（2回目接種は1回目接種の4週目以降、3回目接種は1回目接種の24週以降）以上接種し、その後抗HBs抗体検査を行っていること。

2. 検査方法及び陽性の基準については、別表のとおりとする。

陽性の基準

疾患	検査方法	基準
麻疹	EIA-IgG（推奨）	4.0以上
	HI	8倍以上
	NT	4倍以上
	PA	256倍以上 *
風疹	EIA-IgG（推奨）	4.0以上
	HI	8倍以上
水痘	EIA-IgG（推奨）	4.0以上
	FA	20倍以上
	CF	4倍以上
	IAHA	4倍以上 *
	抗原皮内試験	陽性
流行性耳下腺炎（ムンプス）	EIA-IgG（推奨）	4.0以上
	HI	4倍以上
	NT, CF	4倍以上
B型肝炎	抗HBs抗体	10mIU/ml以上
備考 参考：CDC. Immunization of Health-care Personnel. <i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i> . 2011;60:RR-7. * 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		

<本件担当事務>

筑波大学附属病院 病院総務部品質・安全管理課感染管理係

TEL：029-853-6544, FAX：029-853-3531

E-mail：hsp.kansen@un.tsukuba.ac.jp

健康調査票 (2023.3.1改訂)

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日 (西暦)	年	月	日
氏名							
所属		職種		採用予定日	20	年	月 日

疾患	要件 (該当する項目に☑を入れる)						
麻疹	☐ ワクチン2回 接種済	1回目: 年 月 日		2回目: 年 月 日			
	☐ 抗体陽性(※1)	検査日: 年 月 日	検査方法		抗体価		
	☐ ウイルス学的な罹患証明 (※2)	詳細を記載:					
水痘	☐ ワクチン2回 接種済	1回目: 年 月 日		2回目: 年 月 日			
	☐ 抗体陽性(※1)	検査日: 年 月 日	検査方法		抗体価		
	☐ ウイルス学的な罹患証明 (※2)	詳細を記載:					
風疹	☐ ワクチン1回 接種済	1回目: 年 月 日		2回目(任意): 年 月 日			
	☐ 抗体陽性(※1)	検査日: 年 月 日	検査方法		抗体価		
	☐ ウイルス学的な罹患証明 (※2)	詳細を記載:					
ムンプス	☐ ワクチン2回 接種済	1回目: 年 月 日		2回目: 年 月 日			
	☐ 抗体陽性(※1)	検査日: 年 月 日	検査方法		抗体価		
	☐ ウイルス学的な罹患証明 (※2)	詳細を記載:					

B型肝炎	☐ 抗HBs抗体が 10mIU/mL以上 (※1)						
		検査日: 年 月 日	検査方法		抗体価	mIU/mL	
	☐ ワクチンを3回接種し、その後抗HBs抗体を検査済 (※1)						
		1回目: 年 月 日	2回目: 年 月 日	3回目: 年 月 日			
		検査日: (3回目接種後) 年 月 日	検査方法		抗体価	mIU/mL	

結核(任意)	☐ インターフェロンγ遊離試験	検査日: 年 月 日	結果	
--------	--	------------	----	--

※1 抗体価・検査方法がわかる検査結果のコピーを添付してください

※2 PCR・ウイルス培養など;臨床診断(幼少期の罹患記録など)は不可

当院推奨の検査方法と基準

疾患	検査方法	基準
麻疹	EIA-IgG	4.0以上
風疹	EIA-IgG	4.0以上
水痘	EIA-IgG	4.0以上
ムンプス	EIA-IgG	4.0以上
B型肝炎	抗HBs抗体	10 mIU/mL以上 (PHA法は不可)

参考: CDC, Immunization of Health-care Personnel. Morbid Mortal Wkly Rep. 2011;60:RR-7.

上の記載通りであることを証明する。

医療(証明)施設名 _____

診断医・担当責任者名 _____

日付(西暦) _____ 年 月 日

健康調査票提出に係る誓約書

令和 年 月 日

筑波大学附属病院長 殿

住 所

氏 名

生 年 月 日

採用予定日

採用予定部署

私は、筑波大学附属病院の採用時に必要とされている免疫があることを証明するための健康調査票又はこれに代替する証明書について、採用手続時まで提出できませんので、下記のとおり遵守することを誓約します。

記

1. 提出できない理由

2. 誓約内容

- ☐ 採用予定日までに、免疫がある要件を満たし提出するものとし、提出できない場合には就業制限について異議を申し立てません。
- ☐ 採用 1 か月後までに、免疫がある要件を満たし提出するものとし、採用予定日から就業制限の対象となることについて異議を申し立てません。