

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。

2026 年 1 月以降の採用者は WEB サイトから健康調査票の登録ができます。

登録 URL は人事・共済係より案内の「採用内定者の必要書類について」をご参照ください。

【WEB での健康調査票の発行・登録について】

手順: ①WEB サイトで個人情報を登録

②健康調査票の関連情報(ワクチン接種歴や抗体価)の画像をアップロードし登録

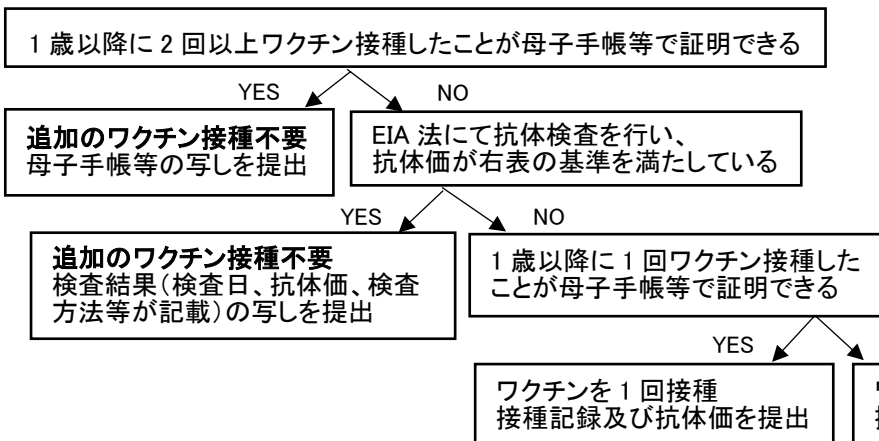
③ワクチン接種や抗体価が当院基準に満たさない場合は個別でご連絡いたします。

※本 WEB サイトで健康調査票を提出した方は、紙の健康調査票の提出は不要です。

【免疫があることの要件】

疾患	要件(以下のいずれかを満たすこと)
麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎	(ア)1 歳以降に 27 日以上間隔をあけて 2 回以上ワクチンを接種していること (イ)血清抗体価(EIA 法での IgG 抗体測定)が基準を満たすこと
B 型肝炎	(ア)抗 HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上(EIA、CLIA、ECLIA、CLEIA 法またはそれらに準ずる方法で測定) (イ)抗 HBs 抗体価が 10mIU/ml 未満の場合は、B 型肝炎ワクチンを、3回接種(2回目は1回目の4週目後、3回目は1回目接種の 20~24 週後)する。3回目から、1~2ヶ月後に HBs 抗体検査を行い、抗 HBs 抗体価 10mIU/ml 以上の基準を満たすこと (ウ)過去に3回接種歴があり、抗体確認をしていない場合、抗体検査を行い、抗 HBs 抗体価 10mIU/mL 未満であれば 1 回追加接種する。追加接種から、1~2ヶ月後に、HBs抗体検査を行い、抗 HBs 抗体価 10mIU/ml 以上が確認できれば、残り2回の追加接種は不要である。

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 フロー】



【抗体価 陽性の基準】

疾患	検査方法	基準
麻疹	EIA	16.0 以上
流行性耳下腺炎		4.0 以上
風疹		8.0 以上
水痘		4.0 以上

【Web での健康調査票登録・ワクチン/抗体検査でのお問い合わせ】

筑波大学附属病院 防災・感染症管理棟 TEL: 029-853-3682 / 3683 E-mail: hsp.v.kensa@un.tsukuba.ac.jp

健康調査票(2024.12.3 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	疾患に対して1つ要件(該当する項目にチェックを入れる)を満たす必要がある				
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	抗体価 (EIA-IgG)	
風 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	抗体価 (EIA-IgG)	
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	抗体価 (EIA-IgG)	
ムンプス (流行性耳下腺炎)	☐	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	抗体価 (EIA-IgG)	

B型肝炎	検査項目		検査日	検査方法 EIA法/CLIA法/ CLEIA法/ECLIA法	抗体価	判定結果 (○で囲んでください)
	☐	抗HBs抗体 (※1)	年 月 日		mlU/ml	陽性(≥10mlU/ml) 陰性(<10mlU/ml)
	☒	HBs抗原 (任意)	年 月 日			陽性 陰性
	☐	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： 年 月 日 検査方法		抗体価	mlU/ml	
(3回目接種後)						
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

当院推奨の検査方法と基準

疾患	検査方法	基準
麻疹	EIA-IgG	16.0以上
風疹	EIA-IgG	8.0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	10mIU/ml以上(PHA法は不可)

※参考：国立感染症研究所 感染症疫学センター医療機関での麻疹対応ガイドライン 第七版
医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版

上の記載の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、採用手続時までに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。